

УРЮПИНСКИЙ ФИЛИАЛ
ГБПОУ “ВОЛГОГРАДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ”

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 3

Тема: Физиологическое течение родов.

Роль медсестры в оказании помощи при родах.

При освоении ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах
МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях
Часть 3. Сестринский уход в акушерстве и гинекологии
3.1. Сестринское дело в акушерстве

Специальность 060501 Сестринское дело базовой подготовки СПО Курс III

Обучающийся должен знать:

- изменения в организме беременной женщины перед родами;
- возможные способы родоразрешения;
- причины наступления родов, предвестники родов;
- родовые изгоняющие силы, периоды родов, основные ориентиры, характеристики родового акта;
- методы обезболивания родов;
- особенности ухода за роженицей в первом периоде родов;
- особенности ухода за роженицей во втором периоде родов;
- особенности ухода за роженицей в третьем периоде родов;
- акушерское пособие в родах при переднем виде затылочного предлежания;
- акушерское пособие при заднем виде затылочного предлежания;
- правила проведения первого туалета новорожденного.

Содержание:

1. Предвестники родов. Причины наступления родов. Периоды родов.
2. Принципы ведения родов по периодам. Способы родоразрешения.
3. Гуманизация родов. Роль медсестры в решении проблем роженицы при физиологическом течении родов.

1.Предвестники родов. Причины наступления родов. Периоды родов.

В период беременности мать и дитя представляют собой симбиоз, в котором все процессы взаимосвязаны. Поэтому приспособительные изменения, связанные с родами, происходят как в организме матери, так и в организме плода. Чтобы появиться на свет, плод должен преодолеть сложный путь по родовым путям матери, а мать должна помочь своему ребенку родиться. Организмы женщины и плода готовятся к родам в течение второй половины беременности, но особенно интенсивно эта подготовка идет примерно с 30—32-й недели. Все приспособительные изменения и у женщины, и у плода идут синхронно и согласованно.

Причины начала родов.

К началу родов в организме беременной женщины происходит множество сложных процессов, которые, находясь в тесной взаимосвязи, обеспечивают начало такого рефлекторного акта, как родовая деятельность.

Основной причиной начала родов становится готовность матки к рождению будущего ребенка и зрелость плода.

Готовая к родам матка:

- набирает достаточную массу и размеры;
- ее нервно-мышечный аппарат готов к сократительной деятельности;
- полностью созревает плацента.

За 2 или 3 недели до начала родов происходит освобождение матки от избытка части нервных волокон. Это обеспечивает снижение боли в процессе родов и повышает сократительную способность стенок матки.

На процесс начала родов влияние оказывают несколько факторов:

- нервно-рефлекторные – в результате уменьшения возбудимости головного мозга, повышения возбудимости спинного мозга и повышения чувствительности мышечных волокон матки к окситоцину вырабатывается повышенная сократительная активность матки;
- гормональные – в конце беременности уменьшается продуцирование прогестерона и повышается выработка комплекса эстрогенов, которые и стимулируют начало родовой деятельности;
- нейрогуморальные – в конце беременности в организме женщины усиливается синтез окситоцина, простагландинов, серотонина и других биоактивных веществ, которые усиливают чувствительность матки к веществам, вызывающим активное сокращение ее мышц;
- биоэнергетические – в организме матери накапливается достаточное количество веществ (гликогена, АТФ, фосфорных соединений, электролитов и микроэлементов), которые делают матку способной к усиленной сократительной деятельности;
- механические – созревшая матка утрачивает способность к растяжению, и в ответ на двигательную активность плода и повышение уровня гормонов окситоциноподобного действия, начинает активно сокращаться; трофические и метаболические – накопление в организме созревшего плода некоторых продуктов жизнедеятельности приводит к его активному движению, а дегенеративные процессы в созревшей плаценте и полное созревание мышечных волокон матки способствуют началу родовой деятельности.

Основное значение в формировании всех механизмов начала родов имеет состояние нервной системы роженицы, т. к. именно она обеспечивает готовность матки к естественным родам.

Предвестники родов.

Предвестниками родов называют совокупность признаков, которые указывают на скорое начало активной родовой деятельности.

Существует множество предвестников начала родов, но для каждой женщины их совокупность индивидуальна и зависит от особенностей организма будущей матери.

Предвестники родов:

- Опускание живота. Такое изменение, которое определяется внешне небольшим смещением живота книзу, индивидуально для каждой беременной, и не всегда может замечаться самостоятельно. У первородящих женщин данный предвестник может появляться за 2-4 недели до дня родов, а у повторнородящих – за несколько дней или непосредственно перед родами.
- Изменения походки. Характера походки меняется после опускания живота. Женщина начинает ходить "вразвалочку" из-за давления головки малыша на кости таза и дно матки.
- Изменения в характере мочеиспускания и дефекации. Опускание живота может вызывать учащение мочеиспускания или недержание мочи, т. к. матка начинает оказывать большее давление на мочевой пузырь. Механическое воздействие беременной маткой на стенки кишечника может провоцировать запоры, а в некоторых случаях диарею, за несколько недель или дней до родов.

- Изменение характера выделений из половых путей. Выделения из влагалища под воздействием гормональных изменений становятся более обильными и жидкими. В некоторых случаях, для исключения отхождения околоплодных вод, врачом-акушером проводится специальный тест.
- Отхождение слизистой пробки. Этот предвестник родов может произойти и за 2 недели до начала родов, и за несколько часов до их начала. В некоторых случаях слизистая пробка отходит не целиком, а небольшими порциями. На практике этот признак выглядит, как отхождение влагалищных выделений (иногда – с примесью небольшого количества крови). Об отхождении слизистой пробки беременная должна сообщить своему акушеру-гинекологу.
- Снижение массы тела будущей матери. За несколько дней до родов беременная может заметить, что она весит на 1-2 кг меньше. Такую потерю в весе можно объяснить выведением лишней жидкости из организма под воздействием изменений в гормональном фоне.
- Уменьшение количества шевелений плода. Плод, за несколько недель до родов, шевелится реже. Это объясняется его быстрым ростом. Будущему малышу становится тесно в полости матки, и его движения затруднены.
- Тренировочные схватки. Ближе к дате родов матка начинает все чаще приходить в повышенный тонус, который выражается в ощущении тренировочных схваток. Они отличаются от родовых схваток рядом особенностей: непродолжительностью, нерегулярностью, слабыми болевыми ощущениями (напоминают боль при менструации), самопроизвольным исчезновением после изменения положения тела или отдыха.
- Проявление инстинкта "гнездования". Многие женщины в последние дни и даже часы перед родами начинают заниматься подготовкой жилища к предстоящему рождению ребенка. Эти действия могут выражаться в том, что женщина начинает старательно убираться, стирать, и даже может затеять ремонт.
- Изменения шейки матки. Заметить такой предвестник приближающихся родов может только акушер-гинеколог при осмотре женщины на гинекологическом кресле. Под воздействием гормонов-эстрогенов шейка матки к 38 неделе укорачивается и становится более эластичной. Наружный зев шейки матки начинает открываться перед началом появления родовых схваток.

Протекание родовой деятельности в значительной степени зависит от готовности организма к родам. Формирование готовности происходит за 10–15 дней до родов. Готовность организма определяют степенью «зрелости» шейки матки и чувствительности миометрия к утеротоническим средствам. «Зрелость» шейки матки — главный критерий готовности к родам.

Прелиминарный период родов.

Прелиминарный период родов это ещё не роды, однако, и не предвестники родов. В норме этот по своей сути подготовительный период родов продолжается не более суток и не вызывает никакого дискомфорта у будущей мамы.

Шейка матки подготавливается к родам и размягчается, немного приоткрываясь. Женщина ощущает нерегулярные малоболезненные схватки, которые могут самопроизвольно прекращаться, но в большинстве случаев усиливаются и переходят в родовую деятельность.

ПРЕЛИМИНАРНЫЙ период приобретает большое значение, когда протекает патологически. Затягивается во времени, схватки болезненны и не регулярны, шейка матки остается не зрелой.

Важно отличить этот не правильно протекающий подготовительный период родов от начала родов и слабости родовой деятельности. Отличить их может только врач при осмотре по состоянию шейки матки. Наличие болезненных, даже не регулярных схваток это достаточный повод для того, чтобы обратиться к акушеру-гинекологу. Дело в том, что нерегулярные и болезненные схватки не только утомляют беременную, но и могут вызвать гипоксию у ребенка.

Роды – это сложный физиологический процесс изгнания плода и последа из матки через естественные родовые пути.

Физиологические роды наступают через 10 акушерских месяцев, или 280 дней, или 40 недель после наступления беременности.

Неосложненные роды должны продолжаться у первородящих - от 12 до 14 часов, у повторнородящих – от 7 до 8 часов. К патологическим относятся роды, продолжительность которых превышает 18 часов.

В настоящее время выжидательно-активная тактика ведения родов:

- массовое применение психопрофилактической подготовки женщин к предстоящим родам;
- применение спазмолитических и болеутоляющих средств;
- использование медикаментозных методов коррекции сократительной деятельности матки.

Началом родов считают:

- ✓ появление регулярных сокращений мускулатуры матки – родовых схваток,
- ✓ сглаживание шейки матки, раскрытие маточного зева,
- ✓ отхождение слизи, слегка окрашенной кровью,
- ✓ образование плодного пузыря.

Периоды родов.

- I. Первый период – период раскрытия – начинается с первыми регулярными схватками и заканчивается полным раскрытием наружного зева шейки матки (10-12 см). У первородящих длится 10-12 часов, у повторнородящих 6-8 часов.
- II. Второй период – период изгнания – начинается с момента полного раскрытия шейки матки и заканчивается рождением ребенка. У первородящих длится 1 – 1,5 часов, у повторнородящих от 15 минут до 1 часа.
- III. Третий период – период последовый – начинается с момента рождения ребенка и заканчивается изгнанием последа. У первородящих и повторнородящих в среднем длится 30 минут.

Периоды родов представляют собой промежутки времени, в которые роды проходят определенные этапы, шаг за шагом приближающие ребенка и его мать к кульминации – появлению малыша на свет.

Три периода родов обязательны и проходят друг за другом, так как каждый период готовит организм матери и ребенка к следующему. Продолжительность периодов родов отличается у первородящих и повторнородящих женщин, как правило, первородящие рожают дольше и труднее, чем при повторных родах.

Диагностика периодов родов имеет огромное значение для их ведения. Когда женщина поступает в роддом в родах, акушерам очень важно знать, на каком именно этапе родов она находится, чтобы принять верное решение и составить план ведения родов.

Время непосредственно перед родами, роды и послеродовой период имеют свои особенности, стоит знать о том, как протекают роды, чтобы быть готовой ко всему, что ждет в родзале.

Родовые изгоняющие силы.

Родовые изгоняющие силы включают:

- 1) периодически повторяющиеся сокращения мускулатуры матки — **схватки**;
- 2) присоединяющиеся к схваткам ритмические сокращения брюшного пресса — **потуги**.

Схватки.

Волнообразные сокращения гладкой мускулатуры матки (схватки) являются главной родовой изгоняющей силой. Благодаря схваткам происходит раскрытие шейки матки (*раскрывающие схватки*), необходимое для выталкивания из полости матки плода и последа. Схватки способствуют изгнанию плода (*изгоняющие схватки*).

После раскрытия шейки матки к схваткам присоединяются потуги. Процесс изгнания плода является результатом одновременного действия обеих родовых сил. Схватки способствуют также отделению от стенок матки плаценты и изгнанию ее (*последовые схватки*).

Наконец, ритмические сокращения матки наблюдаются некоторое время после родов (*послеродовые схватки*).

Схватки возникают непроизвольно, роженица не может управлять ими по своему желанию. Они наступают периодически, через определенный промежуток времени; промежутки между схватками называются паузами.

Сокращения матки обычно бывают болезненными, но степень болевых ощущений у разных женщин колеблется в широких пределах.

Сокращения матки начинаются в области дна и быстро захватывают всю мускулатуру тела матки до нижнего сегмента. Полагают, что в матке существует доминирующий очаг возбуждения сокращений, локализующийся чаще в правом углу ее («водитель ритма»); отсюда волна сокращений распространяется на всю мускулатуру и идет в нисходящем направлении.

В нижнем сегменте матки гладких мышечных волокон меньше, поэтому во время родов нижний сегмент растягивается и истончается.

Каждая схватка развивается в определенной последовательности:

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

При исследовании рукой легко улавливается, как матка уплотняется, становится твердой, потом постепенно расслабляется. В начале родов каждая схватка продолжается 10—15 с, к концу их — в среднем 1½ мин (60—80 с).

Паузы между схватками в начале родов длятся 10—15 мин, затем укорачиваются, к концу периода изгнания плода схватки наступают через 2—3 мин и даже чаще. Во время схваток возрастает внутриматочное давление в пределах 80—250 мм рт. ст., составляя в среднем 94,3 мм рт. ст.

Потуги.

Вторым компонентом изгоняющих сил являются потуги — сокращения поперечнополосатых мышц брюшного пресса и диафрагмы.

Потуги наступают рефлекторно вследствие раздражения подлежащей частью нервных элементов, заложенных в шейке матки, параметральной клетчатке и мышцах тазового дна.

Потуги возникают непроизвольно, но роженица до известной степени может регулировать их (усиливать потугу или тормозить ее). Потуги играют роль только в периоде изгнания плода и в последовом периоде.

Во время потуги повышается внутрибрюшное давление. Одновременное повышение внутриматочного давления (схватки) и внутрибрюшного давления (потуги) способствует тому, что содержимое матки устремляется в сторону наименьшего сопротивления, т. е. малого таза.

Биомеханиз родов при переднем виде затылочного предлежания.

Закономерную совокупность всех движений, которые совершает плод, проходя по родовым путям матери, называют *биомеханизмом родов*.

На фоне поступательного движения по родовому каналу плод осуществляет сгибательные, вращательные и разгибательные движения.

Затылочным предлежанием называют такое предлежание, когда головка плода находится в согнутом состоянии и наиболее низко расположенной областью ее является затылок. Роды в затылочном предлежании составляют около 96% всех родов. При затылочном предлежании может быть *передний* и *задний вид*. Передний вид чаще наблюдают при первой позиции, задний – при второй.

Первый момент - сгибание головки.

Выражается в том, что шейная часть позвоночника сгибается, подбородок приближается к грудной клетке, затылок опускается вниз, а лоб задерживается над входом в малый таз. По мере опускания затылка малый родничок устанавливается ниже большого, таким образом, что ведущей точкой (самая низко расположенная точка на головке, которая находится на проводной срединной линии таза) становится точка на стреловидном шве ближе к малому родничку. При переднем виде затылочного предлежания головка сгибается до малого косого размера и проходит им во вход в малый таз и в широкую часть полости малого таза. Следовательно, головка плода вставляется во вход в малый таз в состоянии умеренного сгибания, синклитически, в поперечном или в одном из косых его размеров.

Второй момент - внутренний поворот головки (правильный).

Головка плода, продолжая свое поступательное движение в полости таза, встречает противодействие дальнейшему продвижению, что, в значительной степени, обусловлено формой родового канала, и начинает поворачиваться вокруг своей продольной оси. Поворот головки начинается при ее переходе из широкой в узкую часть полости малого таза. При этом затылок, скользя по боковой стенке таза, приближается к лонному сочленению, передний же отдел головки отходит к крестцу. Стреловидный шов из поперечного или одного из косых размеров в дальнейшем переходит в прямой размер выхода из малого таза, а подзатылочная ямка устанавливается под лонным сочленением.

Третий момент - разгибание головки.

Головка плода продолжает продвигаться по родовому каналу и одновременно с этим начинает разгибаться. Разгибание при физиологических родах происходит в выходе таза. Направление фасциально-мышечной части родового канала способствует отклонению головки плода к лону. Подзатылочная ямка упирается в нижний край лонного сочленения, образуется точка фиксации, опоры. Головка вращается своей поперечной осью вокруг точки опоры - нижнего края лонного сочленения - и в течение нескольких потуг полностью разгибается. Рождение головки через вульварное кольцо происходит малым косым ее размером (9,5 см). Последовательно рождаются затылок, темя, лоб, лицо и подбородок.

Четвертый момент - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки плода.

Во время разгибания головки плечики плода уже встали в поперечный размер входа в малый таз или в один из косых его размеров. По мере следования головки по

мягким тканям выхода таза плечики винтообразно продвигаются по родовому каналу, т. е. двигаются вниз и в то же время вращаются. При этом они своим поперечным размером (*distantiabiacromialis*) переходят из поперечного размера полости малого таза в косой, а в плоскости выхода полости малого таза - в прямой размер. Этот поворот происходит при переходе туловища плода через плоскость узкой части полости малого таза и передается родившейся головке. При этом затылок плода поворачивается к левому (при первой позиции) или правому (при второй позиции) бедру матери. Переднее плечико вступает теперь под лонную дугу. Между передним плечиком в месте прикрепления дельтовидной мышцы и нижним краем симфиза образуется вторая точка фиксации, опоры. Под действием родовых сил происходит сгибание туловища плода в грудном отделе позвоночника и рождение плечевого пояса плода. Переднее плечико рождается первым, заднее же несколько задерживается копчиком, но вскоре отгибает его, выпячивает промежность и рождается над задней спайкой при боковом сгибании туловища.

После рождения плечиков остальная часть туловища, благодаря хорошей подготовленности родовых путей родившейся головкой, легко освобождается. Головка плода, родившегося в переднем виде затылочного предлежания, имеет долихоцефалическую форму за счет конфигурации и родовой опухоли.

Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.

При затылочном предлежании независимо от того, обращен ли затылок в начале родов кпереди, к лону или кзади, к крестцу, к концу периода изгнания он, обычно, устанавливается под лонным сочленением и плод рождается в 96% в переднем виде. И только в 1% всех затылочных предлежаний ребенок рождается в заднем виде.

Родами в заднем виде затылочного предлежания называют вариант биомеханизма, при котором рождение головки плода происходит, когда затылок обращен к крестцу. Причинами образования заднего вида затылочного предлежания плода могут быть изменения формы и емкости малого таза, функциональная неполноценность мышц матки, особенности формы головки плода, недоношенный или мертвый плод.

При влагалищном исследовании определяют малый родничок у крестца, а большой – у лона. Биомеханизм родов при заднем виде складывается из пяти моментов.

Первый момент – сгибание головки плода.

При заднем виде затылочного предлежания стреловидный шов устанавливается синклитически в одном из косых размеров таза, в левом (первая позиция) или в правом (вторая позиция), а малый родничок обращен влево и кзади, к крестцу (первая позиция) или вправо и кзади, к крестцу (вторая позиция). Сгибание головки происходит таким образом, что она проходит через плоскость входа и широкую часть полости малого таза своим средним косым размером (10,5 см). Ведущей точкой является точка на стреловидном шве, расположенная ближе к большому родничку.

Второй момент - внутренний *неправильный* поворот головки.

Стреловидный шов из косых или поперечного размеров делает поворот на 45^0 или 90^0 , так, что малый родничок оказывается сзади у крестца, а большой – спереди у лона. Внутренний поворот происходит при переходе через плоскость узкой части малого таза и заканчивается в плоскости выхода малого таза, когда стреловидный шов устанавливается в прямом размере.

Третий момент - дальнейшее (*максимальное*) сгибание головки.

Когда головка подходит границей волосистой части лба (точка фиксации) под нижний край лонного сочленения, происходит ее фиксация, и головка делает дальнейшее максимальное сгибание, в результате чего рождается ее затылок до подзатылочной ямки.

Четвертый момент - разгибание головки.

Образовались точка опоры (передняя поверхность копчика) и точка фиксации (подзатылочная ямка). Под действием родовых сил головка плода делает разгибание, и из-

под лона появляется сначала лоб, а затем лицо, обращенное к лону. В дальнейшем биомеханизм родов совершается так же, как и при переднем виде затылочного предлежания.

Пятый момент - наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков.

Вследствие того, что в биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания включается дополнительный и очень трудный момент - максимальное сгибание головки - период изгнания затягивается. Это требует дополнительной работы мышц матки и брюшного пресса. Мягкие ткани тазового дна и промежности подвергаются сильному растяжению и часто травмируются. Длительные роды и повышенное давление со стороны родовых путей, которое испытывает головка при максимальном ее сгибании, нередко, приводят к асфиксии плода, главным образом, вследствие нарушающегося при этом мозгового кровообращения.

2. Принципы ведения родов по периодам. Способы родоразрешения.

Накануне родов необходимо проверить: все ли методы обследования и подготовки проведены в условиях женской консультации, уточнить срок беременности и предполагаемый срок родов.

Концепция оказания помощи в родах:

- оценить степень риска для беременной и плода накануне родов;
- помнить, что прежде всего нужно обеспечить безопасность матери и ребенка;
- осуществить выбор стационара;
- выбрать адекватный метод родоразрешения;
- осуществлять контроль в родах за состоянием матери и плода;
- проводить профилактику гипоксии плода;
- применять обезболивание;
- оказывать бережное пособие в родах;
- проводить профилактику кровотечения в родах;
- оценить состояние ребенка при рождении и при необходимости своевременно оказать помощь;
- проводить раннее прикладывание ребенка к груди матери;
- использовать возможность совместного пребывания матери и ребенка;
- обеспечить оказание адекватного ухода;
- соблюдать права пациента.

Оценка факторов риска проводится накануне родов и рассматривается в течение родов. В оценке факторов риска как в женской консультации, так и в акушерском стационаре, должен принимать участие врач и только в его отсутствие одна акушерка. В некоторых случаях требуется дородовая плановая профилактическая госпитализация. Выбор стационара делает женщина, но помочь ей в этом должна акушерка с учетом акушерской ситуации, интересов женщины, ее материального обеспечения. Это актуально в больших городах, где имеется несколько родильных домов различной специализации и различными условиями пребывания.

В нашей стране роды рекомендуется проводить в стационаре, где имеются все необходимые условия для оказания квалифицированной помощи женщине и ребенку. Это соответствует требованиям программы ВОЗ «Безопасное материнство».

В больших родильных домах врач оценивает состояние женщины и факторы риска при поступлении, составляет план родоразрешения, методы родоразрешения согласовываются с женщиной, для выполнения манипуляций и назначения лекарств требуется согласие женщины. Наблюдение, уход, выполнение назначений, выполнение акушерского пособия по родоразрешению, отделению последа, туалет новорожденного выполняет акушерка. Ведение нормальных родов доверяется опытной акушерке, при недостаточном опыте

акушерки контролируется врачом или более опытной акушеркой, но при возникновении факторов риска, и особенно осложнений, акушерка вызывает врача.

Помощь в родах и послеродовом периоде в акушерском стационаре, так же как и обследование в женской консультации, бесплатно для граждан России в соответствии с обязательным медицинским страхованием. Кроме того, помощь в родах относится к неотложной медицинской помощи для всех обратившихся. Для женщин, заинтересованных в дополнительных сервисных услугах, организованы хозрасчетные отделения. Разрешено присутствие мужа или других родственников в родильной палате. Лица, присутствующие на родах, должны быть подготовленными, чтобы не быть пассивными зрителями или помехой во время родов.

Роды на дому в нашей стране не являются официальными и не поощряются, так как очень сложно обеспечить безопасность здоровья матери и ребенка в домашних условиях. В некоторых странах разрешены роды на дому. Это объясняется недостаточным развитием стационарной помощи или возможностью организации условий, близких к стационарному, на дому. И в том, и другом случае это сопряжено с большим риском. Для ведения родов на дому необходимо иметь официальное разрешение на такой вид деятельности, соответствующие домашние условия, подготовленный медицинский персонал, соответствующее оснащение, обеспеченность транспортом для срочного перевода в стационар при возникновении осложнений, близкое расположение стационара.

Вопрос ведения родов на дому требует изучения, прежде чем внедрять его в практику. Акушерка не имеет права злоупотреблять доверием пациентов, так же как не имеет права проводить не санкционированные эксперименты. Акушерка должна помнить о необходимости соблюдать законы и главный принцип медицинской деятельности: «Не навреди».

3. Гуманизация родов. Роль медсестры в решении проблем роженицы при физиологическом течении родов.

Современная концепция при ведении беременных, рожениц и родильниц – гуманизация родов. В настоящее время в женских консультациях работают курсы «Подготовленные роды» в ходе которых проводится психопрофилактическая подготовка к родам.

Задачи гуманизации родов:

1. Снять страх перед родами.
2. Сделать женщину активным участником родового процесса.
3. Научит роженицу некоторым приемам релаксации, а для этого женщину надо готовить к родам.
4. Возможное участие партнеров в родах и в послеродовом уходе (в индивидуальных родильных залах)
5. Совместное пребывание матери и ребенка в послеродовом отделении.
6. Пропаганда естественного вскармливания.
7. Свободное прикладывание к груди.

8. Никакой обработки молочных желез
9. Ребенка как можно больше держать на руках и разговаривать с ним.

Особенности сестринского ухода в первом, втором и третьем периодах родов.

Ведение I периода родов акушеркой.

Первый период родов - период раскрытия — наиболее длительный период родов. В этом периоде женщина обычно поступает в родильный дом.

Прием роженицы проводится в приемно-пропускном фильтре, где решается вопрос о госпитализации роженицы в физиологическое или наблюдательное отделение.

У поступающей на госпитализацию в роддом:

1. Взять направление на госпитализацию, обменную карту (уч. ф. №113/У), паспорт, страховой полис.
2. Занести данные о роженице в журнал учета приема беременных, рожениц, родильниц (уч. ф. №002/У).
3. Заполнить паспортную часть истории родов (уч. ф. №096/У), вещевик, алфавитную книгу.
4. Собрать анамнез.
5. Подсчитать пульс, измерить АД на обеих руках.
6. Измерить температуру тела (градусник после использования поместить в дез. раствор).
7. Произвести осмотр:
 - на педикулез (брови, голову, лобок);
 - на гнойничковые заболевания (кожные покровы);
 - одноразовым шпателем осмотреть полость рта, зев на воспалительные заболевания;
 - на грибковые заболевания (ногти на руках и ногах).
8. Произвести антропометрию: рост, вес.
9. Определить, оценить характер родовой деятельности.
10. Приемами Леопольда Левицкого определить ВДМ, позицию, вид позиции плода, предлежащую часть, отношение предлежащей части ко входу в малый таз.
11. Выслушать сердцебиение плода.
12. Произвести наружную пельвиометрию.
13. Определить окружность живота и высоту стояния дна матки (сантиметровой лентой).
14. После использования стетоскоп, тазомер, сантиметровую ленту дважды протереть ветошью, смоченной дез. раствором. Также обработать клеенку.

В смотровой.

1. Взять из вены кровь в пробирку (5 мл). Определить группу крови.
2. Подготовить врачу все необходимое для проведения влагалищного исследования с целью определения акушерской ситуации.
3. По назначению врача определить белок в моче с помощью сульфасалициловой кислоты.

В помещении для санитарной обработки.

1. Произвести санитарно-гигиеническую обработку роженицы.
2. Поставить очистительную клизму.
3. Принять душ роженице.
4. Выдать роженице стерильное нательное белье, обеззараженные кожаные тапочки.

После этого роженица переводится в родильное отделение.

При поступлении роженицы в родильное отделение проводится повторное определение группы крови и резус-фактора. В определении этих показателей должна быть полностью исключена ошибка.

В тех родильных учреждениях, где нет круглосуточного дежурного врача, наблюдение за роженицей с нормальным течением родов проводит акушерка. В учреждениях, где имеется круглосуточно дежурный врач, наблюдение за роженицей дублируется. Акушерка постоянно находится в родильном зале и проводит наблюдение непрерывно, включая, в том числе психопрофилактическую подготовку в родах. Запись в истории родов каждые 2–3 часа.

В динамике наблюдений за беременной необходимо:

- I. оценивать общее состояние роженицы:
 - выяснять жалобы, справляться о самочувствии – усталость, головная боль, головокружение, расстройство зрения, боли в эпигастрии
 - оценивать состояние кожных покровов и видимых слизистых
 - измерять артериальное давление и пульс
- II. следить за соблюдением роженицы рекомендуемого режима.
- III. пальпаторно оценивать характер родовой деятельности (частота, сила, продолжительность схваток и пауз).
- IV. обращать внимание на форму матки во время, вне схваток, следить за высотой стояния контракционного кольца, которое определяется в виде поперечно идущей борозды, которая по мере раскрытия шейки матки поднимается вверх. При высоте стояния контракционного кольца можно предположительно судить о степени раскрытия шейки матки.

Если кольцо находится на 1 поперечный палец (2 см) выше лона – шейка раскрыта на 2–2,5 см. В конце периода раскрытия кольцо расположено на 4–5 поперечных пальцев выше лона, что соответствует полному раскрытию шейки матки (10–12 см) – признак Шатца–Унтербергера–Занченко.

- V. оценивать скорость раскрытия шейки матки:

В начале родов составляет 0,35 см\ч, в активной фазе (открытие от 3 до 8 см) – у первородящей - 1,5–2 см\ч, у повторнородящей 2–2,5 см\ч. Нижняя граница нормальной скорости раскрытия маточного зева в активной фазе у перво - 1,2 см\ч, у повторно- 1,5 см\ч.

При отставании скорости раскрытия шейки матки от контрольной составляется план дальнейшего ведения родов.

- VI. проводить медикаментозное обезболивание родов (начинается при раскрытии шейки на 3–4 см, прекращается за 2–3 часа до родов – предупреждение рождения ребенка в состоянии наркозной депрессии).
- VII. многократно проводить наружное и внутренне акушерское исследование для определения предлежания и степени вставления головки с обязательным

сопоставлением этих исследований, что позволяет правильно оценить степень вставления подлежащей части.

В истории родов необходимо отмечать конкретные данные наружного и влагалищного исследования, а не просто констатировать наличие сегмента вставления, определение понятия которого может носить субъективный характер.

VIII. оценивать сердечную деятельность плода.

При головном предлежании сердцебиение плода лучше прослушивается ниже пупка, ближе к головному концу, на стороне спинки (позиции плода). При каждом выслушивании сердцебиения необходимо считать число ударов, определять четкость тонов и ритм. Оценка возможна с использованием кардиотокографии, фонографии, электрокардиографии сердцебиений плода.

В первой половине периода раскрытия (при открытии шейки до 5-6 см) исследование роженицы и выслушивание сердцебиения плода должно проводиться не реже одного раза в 2-3 часа (возможно через 15-20 минут), после излития околоплодных вод через 5-10 минут.

В норме сердцебиение плода 120 – 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Во время схватки – физиологическая тахикардия (160 ударов в минуту). После схватки – физиологическая брадикардия – 100-110 ударов в минуту. Через 30 секунд после схватки сердцебиение выравнивается.

В историю родов должны быть внесены все данные, полученные в результате исследования, с указанием об общем состоянии роженицы. Особенно четко должны проводиться записи данных о продвижении подлежащей части.

IX. По назначению врача проводить профилактику гипоксии плода

X. При излитии вод в первом периоде отметить их характер (светлые, с примесью мекония или крови), количество.

XI. Если к концу периода раскрытия не произошло излития вод, следует произвести влагалищное исследование и вскрыть плодный пузырь.

XII. Помнить о рациональном питании роженицы. Она должна регулярно принимать пищу в небольшом количестве, достаточно калорийную и легко усвояемую.

XIII. Следить за физиологическими отправлениями (стул, мочеиспускание). К концу первого периода родов необходимо опорожнить нижний отдел кишечника и мочевого пузыря: переполненный мочевой пузырь может явиться причиной торможения сокращения матки.

XIV. Обрабатывать наружные половые органы дезодорантом 1 раз в 5 – 6 часов, после каждого мочеиспускания и перед влагалищным исследованием

Помнить о профилактике болевых ощущений и уменьшении болей при их появлении. Сильный болевой раздражитель может явиться одним из основных факторов патологического течения родов (слабость родовой деятельности, нарушение функции эндокринных органов, повышение нервно-психической возбудимости и др.).

Психопрофилактическая подготовка должна продолжаться в родильной комнате, а при необходимости (женщинам с повышенной нервно-психической возбудимостью) - при срыве физиопсихопрофилактической подготовки, дополняться медикаментозным обезболиванием, т.к. сильные родовые боли нередко дезорганизуют родовую деятельность; их устранение служит профилактикой аномалий сокращения матки.

Ведение II периода родов акушеркой

Второй период родов – период изгнания. У первородящих длится 1 – 1.5 час, у повторнородящих от 15 минут до 1 часа.

В динамике наблюдения за роженицей необходимо:

- I.** оценивать общее состояние роженицы (температура, пульс, АД);
- II.** определять характер родовой деятельности (частота, сила, продолжительность схваток и потуг);
- III.** определять состояние нижнего маточного сегмента (нет ли его перерастяжения или болезненности);
- IV.** определять высоту стояния contractionного кольца;
- V.** определять натяжение круглых маточных связок;
- VI.** оценивать состояние наружных половых органов (не отекают ли они), оценивать характер выделений из влагалища;
- VII.** оценивать сердечную деятельность плода. После каждой потуги нужно выслушивать сердцебиения плода. Сразу же после потуги отмечается выраженное урежение частоты сердцебиений плода, которое вскоре выравнивается и обычно не превышает 132-144 ударов в минуту.

Если частота сердцебиений плода не выравнивается вскоре после окончания потуги и находится ниже 110 ударов в минуту, такое состояние следует рассматривать как патологическое, его возникновение указывает на резкое угнетение сосудодвигательного центра вследствие нарастающей гипоксии.

Оценивать сердцебиение плода можно с помощью прямой электрокардиографии с последующим фазовым анализом сердечного цикла. Нарушение сердцебиений плода является показанием к срочному родоразрешению.

- VIII.** регулярно следить за динамикой продвижения головки методом наружного акушерского исследования.

При нормальном течении родов ко времени полного открытия шейки матки головка у большей части рожениц не определяется наружными методами или пальпируется небольшая ее часть на стороне лица.

Если период изгнания сопровождается резкими болевыми ощущениями и затягивается, необходимо произвести влагалищное исследование. При влагалищном исследовании определяется состояние родовых путей и положение головки. По положению родничков и швов головки можно судить о биомеханизме вставления головки (степень сгибания или разгибания головки и вид плода). Обращается внимание на степень смещения шейки матки вверх, толщину ее краев и растяжимость. Причиной болезненных схваток и потуг может быть ущемление передней губы шейки, которую необходимо заправить за головку.

- IX.** при возникновении потуг методом Пискачека определить расположение головки в полости малого таза
- X.** если Пискачек положительный – произвести туалет роженицы, поменять подкладную пеленку и нательное белье.
- XI.** подготовить Рахмановскую кровать, застелить ее стерильной одноразовой простыней, перевести роженицу на кровать Рахманова. Помочь лечь на Рахмановскую кровать, надеть роженице бахилы, объяснить правильное положение и поведение на родовой кровати во время потуг.

Как только роженица ощутит приближение потуги необходимо:

- набрать полную грудь воздуха (сделать глубокий вдох ртом)
- ногами упереться в ногодержатели
- руками охватить ручки ("вожжи") и максимально натянуть их на себя
- немного приподнять плечевой пояс (посмотреть на пупок)
- попытаться направить набранный воздух на тазовое дно
- потужиться 20 секунд
- сделать плавный выдох через рот
- вновь набрать полную грудь воздуха и все повторить заново.

За одну потугу необходимо потужиться 3 раза. В паузах между потугами максимально расслабиться и отдохнуть. Этим создается максимальное усилие, в результате которого плод перемещается по родовому каналу.

Потугу можно регулировать и в значительной степени влиять на продвижение плода по родовому каналу. Важно чтобы потуги:

- совпадали с полным раскрытием матки. Ложные потуги, возникающие до полного открытия матки, необходимо прекратить для сохранения сил роженицы. Регулирование потуги при указании акушерки позволяет рационально использовать силы роженицы.
- совпадали по времени с возникновением сокращения матки. Частые потуги вне фазы сокращения матки приводят к ненужному расходованию сил роженицы и удлинению периода изгнания.

ХII. Приготовить все необходимое для родов:

- Приготовить для профилактики кровотечения 5-10 мл шприц, набрать 1 мл 0,02% раствора метилэргометрина, разведенного в 40% растворе глюкозы.
- Приготовить для обработки рук 0,5% раствор хлоргексидина или другие антисептики используемые для ускоренной обработки рук.
- На детский пеленальный стол приготовить: штанглаз с пинцетом в дезинфицирующем растворе, почкообразный лоток, одну пару перчаток, стерильное вазелиновое масло, 5% раствор марганцово-кислого калия, 96% спирт, сантиметровую ленту, пакет для вторичной обработки пуповины, пакет для новорожденного.

С момента врезывания головки акушерка должна быть готова к приему родов.

- ✓ Наружные половые органы роженицы предварительно обмывают дезинфицирующим раствором, затем спиртом и 3% раствором йода в следующей последовательности: лобок, половые губы, внутреннюю поверхность бедер, ягодицы, промежность и одним движением заднепроходное отверстие сверху вниз. Под роженицу подкладывают стерильную пеленку.
- ✓ Готовятся к приему родов и готовят необходимый набор материала и инструментов для туалета плода, перевязывания пуповины и отделения его от матери.

ХIII. при прорезывании головки приступить к приему родов - оказанию акушерского пособия

Как только под лоно вставится подзатылочная ямка и наступит момент рождения личика из-за промежности, всякое усилие со стороны роженицы должно прекратиться. Для этого она должна положить руки на грудь, не тужиться и делать частые выдохи.

Если к моменту прорезывания головки заметно большое напряжение промежности и края вульварного кольца начинают бледнеть, то в целях предотвращения разрыва промежности следует ее разрезать, сделав перинеотомию или эпизиотомию. По окончании родов резаную рану легче зашить и заживление ее будет лучше, чем раны рваной.

Акушерское пособие в родах состоит из 5 моментов:

1. предупреждение преждевременного разгибания головки.
2. выведение головки и защита промежности от разрывов (сущность защиты: головку необходимо вывести наименьшим размером, что достигается при затылочном вставлении максимальным ее сгибанием и полностью использовать предел растяжимости тканей) Защита достигается медленным выведением головки из родовых путей, в паузах между потугами осуществлять заем тканей. Только в случае появления внутриутробной асфиксии плода его рождение необходимо форсировать.
3. регулирование потуг.
4. бережное выведение головки (проверить обвитие пуповиной)
При прорезывании теменных бугров в\в вводится метилэргометрин 0.02% 1 мл на 40% растворе глюкозы с целью профилактики кровотечения в III и раннем послеродовом периодах.
5. Освобождение плечевого пояса.

Техника приема родов (акушерского пособия)

- Встать справа от роженицы.
- Положить ладонь левой руки на лобковое сочленение, 4 пальца (плотно прижатые друг к другу) плашмя расположить на головке плода (один способ) или ладонные поверхности 1,2,3 пальцев расположить на головке плода (второй способ) и препятствовать преждевременному разгибанию головки.
- Положить правую руку на промежность через пеленку для защиты промежности так, чтобы:
 - 4 пальца плотно прилегали к области левой большой половой губы;
 - большой палец к области правой большой половой губы;
 - складка между большим и указательным пальцами располагалась над ладьевидной ямкой.
- Низвести книзу, по направлению к промежности ткани, расположенные снаружи и вдоль больших половых губ.
- Поддерживать ладонью этой же руки промежность.
- Произвести в паузах между потугами заем тканей - устранение растяжения тканей в заднебоковых отделах вульварного кольца (ткань клитора, малых половых губ спускают с рождающегося затылка, менее растянутые ткани переднего отдела вульварного кольца сводят по возможности кзади, в сторону промежности).
- Как только родится затылок, и область подзатылочной ямки подойдет под нижний край симфиза, запретить роженице тужиться (глубоко и ритмично дыша ртом).
- Дать команду ввести внутривенно 1 мл 0,02% раствора метилэргометрина разведенного в 20 мл 40% раствора глюкозы.
- Освободить теменные бугры от тканей вульварного кольца
- Продолжать правой рукой защиту промежности.

- Следуя за биомеханизмом родов, головку направить кпереди, кверху левой рукой, расположив ее на головке плода так, чтобы большой палец располагался на одной стороне, остальные четыре пальца на другой стороне головки.
- Правой рукой осторожно снять ткани промежности с лица плода.
- Проверить, нет ли обвития пуповины вокруг шеи плода.
- Освободить носик, ротик плода от слизи баллончиком или катетером, соединенным с электроотсосом.
- Если задерживается внутренний поворот плечиков, расположить руки на головке так, чтобы ладони плашмя прилегали к ушкам, правой и левой височно-щечным областям плода (бипариетально).
- Следуя за биомеханизмом родов направить головку вниз, поворачивая ее к бедру матери противоположной позиции плода.
- Если затрудняется приближение переднего плечика под лобковое сочленение направить головку кзади, книзу от проводной оси таза до тех пор, пока под лобковое сочленение не подойдет переднее плечико, затем направить головку плода кверху, кпереди.
- После рождения плечевого пояса обеими руками осторожно охватывают грудную клетку плода, направляют туловище кверху к маме на живот (метод "Кенгуру")

После рождения новорожденного укладывают на стерильную пеленку и сразу же, до первого вдоха удаляются слизь из полости рта и носовых ходов.

Новорожденный делает первый глубокий вдох и обычно начинает громко кричать. Громкий крик способствует расправлению легких и нормальному газообмену. Полное расправление альвеол и включение их в процесс газообмена являются условием, обеспечивающим легочный круг кровообращения, который отсутствовал в утробном периоде.

Рожденного ребенка следует обогревать.

Если нет показаний к быстрому отделению ребенка от матери, спешить с перевязкой пуповины не следует, пока пульсируют луночные сосуды. Резервная порция крови, поступившая к плоду из плаценты, которая может достигать 100 мл, не будет для него лишней.

Новорожденного принимают в стерильную пеленку. Для первичной обработки новорожденного используется стерильный индивидуальный комплект. Через 1 минуту после рождения производят пережатие и пересечение пуповины.

Пуповина перевязывается в двух местах. Одна лигатура на расстоянии 10 см от пупочного кольца, вторая — на некотором расстоянии от половой щели роженицы. Лигирование пуповины в двух местах необходимо на случай нераспознанной двойни. Если при этом двойня была однойяцевой, когда плацента для обоих плодов может быть общей, то второй плод, оставшийся в матке, может истечь кровью через неперевязанную пуповину первого, родившегося плода.

Перед наложением пластиковой скобы (или лигатуры) персонал проводит гигиеническую обработку рук. Место наложение зажима обрабатывается 70% этиловым спиртом.

Первичный туалет новорожденного осуществляется в родильном зале сразу после его рождения. Ребенка вытирают теплой стерильной пеленкой и выкладывают на живот матери для контакта "кожа-к-коже" с последующим прикладыванием к груди. Ребенок на животе у матери укрывается стерильной (х/б) сухой теплой пеленкой и одеялом.

Первичная обработка кожных покровов новорожденного проводится только в случае загрязнения кожных покровов новорожденного меконием или кровью, которые смывают теплой водопроводной водой.

Профилактика инфекционных заболеваний глаз у новорожденного проводится после пребывания на животе у матери с использованием эритромициновой или тетрациклиновой мази, 20% раствора сульфацила натрия (альбуцид), 1% раствора нитрата серебра в индивидуальной упаковке. После взвешивания и одевания новорожденного весы и пеленальный стол протирают раствором дезинфицирующего средства.

Для отсасывания слизи у новорожденного необходимо использовать баллоны и катетеры только одноразового применения.

Новорожденного взвесить и измерить:

- рост сантиметровой лентой от макушки до пяток;
- окружность головки - сантиметровую ленту располагают по линии надбровных дуг и малого родничка;
- окружность груди - по линии, проходящей через соски.

Заполнить браслетики, медальон (указать номер истории родов, Ф.И.О. родильницы, пол, вес, рост новорожденного, время (час, минуты), дату (число, месяц, год) рождения новорожденного); зафиксировать браслетики на ручках новорожденного.

Запеленать новорожденного и оставить на 2 часа в родильном отделении под наблюдением акушерки. Затем перевести в отделение новорожденных.

Состояние новорожденного оценивается по шкале Апгар на 1 и 5 минутах.

С рождением плода второй период родов заканчивается.

Ведение III периода родов акушеркой

Ведение III периода родов – выжидательное.

Помнить о существовании в практическом акушерстве крылатой фразы: "Руки прочь от последовой матки". Это, конечно, не значит, что к матке в последовом периоде нельзя прикасаться. Уточнять признаки отделения последа можно и нужно. Но делать это надо осторожно, не производя беспорядочных давлений на матку, чтобы не вызвать в ней несвоевременных сокращений, которые могут привести к возникновению, опасного кровотечения.

Основное правило при ведении этого периода родов заключается в тщательном наблюдении:

- ✓ за роженицей (общее состояние, окраска кожных покровов, видимых слизистых, пульс, давление, справляться о самочувствии),
- ✓ за кровопотерей (под таз роженицы подкладывают почкообразный лоток или прокипяченное судно),
- ✓ за отделением последа (наблюдают за формой матки, высотой стояния ее дна),
- ✓ за состоянием мочевого пузыря (не допускать его переполнения - переполненный мочевой пузырь рефлекторно, препятствует сокращениям матки и рождению последа).

При хорошем состоянии роженицы, если нет кровотечения, надо ждать самостоятельной отслойки и рождения плаценты в течение 30 минут. Активные меры для удаления ее требуются при патологической кровопотере и ухудшение состояния женщины, а также при длительной задержке плаценты в матке свыше 30 минут.

Действия медицинского персонала в таких случаях определяются наличием или отсутствием признаков отделения плаценты:

- при положительных признаках отделения плаценты предлагают женщине потужиться. Если роженица тужится, а послед не рождается, приступают к способам выделения отделившегося последа;

- при отсутствии признаков отделения плаценты, наличии признаков наружного, внутреннего кровотечения проводится операция ручное отделение плаценты, выделение последа. Если отделившийся послед задерживается во влагалище, его удаляют наружными приемами, не выжидая указанный выше срок.

Признаки отделения плаценты:

1. **Признак Шредера.** Изменение формы и высоты стояния дна матки. Сразу после рождения плода матка принимает округлую форму и располагается по средней линии. Дно матки находится на уровне пупка. После отделения плаценты матка вытягивается (становится более узкой), дно ее поднимается выше пупка, нередко отклоняется вправо
2. **Признак Довженко.** Роженице предлагают глубоко дышать. Если при вдохе пуповина не втягивается во влагалище, то плацента отделилась от стенки матки; если пуповина втягивается во влагалище, то плацента не отделилась
3. **Признак Альфельда.** Отделившаяся плацента опускается в нижний сегмент матки или влагалище. В связи с этим зажим Кохера, наложенный на пуповину при ее перевязке, опускается на 8-10 см и более.
4. **Признак Клейна.** Роженице предлагают потужиться. Если плацента отделилась от стенки матки, после прекращения потуги пуповина остается на месте. Если плацента не отделилась, то пуповина втягивается во влагалище.
5. **Признак Кюстнера-Чукалова.** Если при надавливании ребром ладони на матку над лонным сочленением пуповина не втягивается в родовые пути - значит, плацента отделилась; если втягивается - значит, не отделилась
6. **Признак Микулича-Радецкого.** Отделившаяся плацента опускается во влагалище, появляется (не всегда) позыв на потугу.
7. **Признак Штрассмана.** При неотделившейся плаценте покалывание по дну матки передается наполненной кровью пупочной вене. Эту волну можно ощутить пальцами руки, расположенными на пуповине выше места зажима. Если плацента отделилась от стенки матки, этот симптом отсутствует.
8. **Признак Гогенбихлера.** При неотделившейся плаценте во время сокращения матки свисающая из половой щели пуповина может вращаться вокруг своей оси вследствие переполнения пупочной вены кровью.

Примечание: об отделении плаценты судят не по одному признаку, а по сочетанию 2-3 признаков. Наиболее достоверными считаются признаки Шредера, Альфельда, Кюстнера-Чукалова.

Способы выделения отделившегося последа.

При положительных признаках отделения плаценты и отсутствия самостоятельного рождения последа прибегают к его выделению ручным способом. Для рождения последа нужно создать достаточное внутрибрюшное давление. Для этого предлагают роженице потужиться. Если искусственная потуга не приводит к рождению последа, что имеет место при перерастянутых мышцах живота, следует применить способы выделения последа по методу Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича.

При рождении плаценты акушерка захватывает ее кистями, рук и вращательными движениями скручивает оболочки в виде канатика (способ Якобса). Этот простой прием предупреждает отрыв оболочек.

Способ Якобса - взять плаценту в руки, вращать ее по часовой стрелке, чтобы оболочки свернулись в канатик и вышли не разорвавшимися.

Способ Гентера - после рождения плаценты роженица, опираясь на ступни, поднимает таз; при этом плацента свисает вниз и своей тяжестью способствует отслоению, выделению оболочек.

Отделение оболочек от стенки матки происходит под влиянием силы тяжести плаценты и веса крови, скопившейся в образовавшемся мешке при центральном ее отделении. При краевом отделении и выделении плаценты оболочки могут отрываться и оставаться в матке, при центральном отделении отрыв оболочек — редкое явление.

Родившийся послед подвергается тщательному осмотру. Послед (особенно плацентарную его часть) следует осмотреть очень внимательно. Задержка плацентарной ткани в матке может привести к тяжелым осложнениям в послеродовом периоде. Поэтому при малейшем подозрении на задержку в матке плацентарной ткани нужно со всем вниманием и осторожностью произвести проверку большой кюреткой (или рукой) под общим наркозом. Если сразу после родов такое выскабливание безопасно, то по прошествии 2-3 дней его произвести нельзя, так как к этому времени матка будет инфицирована и очень мягка, что создает большую угрозу перфорации ее при таком вмешательстве.

Рождением последа заканчиваются роды и родившая женщина — родильница — вступает в послеродовой период.

Вопросы для закрепления изученного материала:

1. Дайте определение «роды – это»?
2. Какие роды Вы знаете?
3. Какие изменения перед родами происходят в организме беременной?
4. Что относят к предвестникам родов?
5. Чем характеризуется прелиминарный период?
6. Назовите периоды родов?
7. Расскажите о первом периоде родов?
8. Расскажите, что происходит во второй период родов?
9. Дайте характеристику третьему периоду родов?
10. Что в себя включает понятие «родовые изгоняющие силы»?
11. Сколько этапов при переднем виде затылочного предлежания?
12. Сколько этапов при заднем виде затылочного предлежания?

Рекомендуемая литература:

1. Дзигуа М.В., Луныкина Е.А. Сестринское дело в Акушерстве и гинекологии: Учебное пособие.-М.: АНМИ, 2005г. с. 185-234.
2. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Новая редакция. Серия «Медицина для Вас». Ростов н\Д: Феникс, 2001., с. 90-123.
3. Крылова Е.П. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Серия «Медицина для Вас». – Ростов н\Д: «Феникс», 2001., с. 140-154.
4. Линева О.И., Двойников С.И., Гаврилова Т.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Руководство для студентов факультетов ВСО мед.вузов, студентов мед. колледжей и училищ. – Самара: Издательство ГП «Перспектива», 2000., с. 200-202.
5. Лысак Л.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: учеб.пособие \ Л.А. Лысак. – Изд. 3-е, перераб. – Ростов н\Д, Феникс, 2013. – (Медицина), с. 124-156.
6. ПРИКАЗ от 1 ноября 2012 г. N 572н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ "АКУШЕРСТВОИ ГИНЕКОЛОГИЯ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХРЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)"
7. www.consultant.ru
8. <http://www.rosminzdrav.ru/>