

*

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО «КРЫМСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ имени В.И.ВЕРНАДСКОГО»
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ им.С.И.ГЕОРГИЕВСКОГО
Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии №1**

**Ранний послеродовой период.
Признаки отделения плаценты и методы выделения
последа.**

Работу выполнила: студентка 4 курса

Группа Л1-СО-172(2)

1 медицинский факультет

Сейт-Аблаева Н.М.

Руководитель практики: д.м.н. Баскаков П.Н.

* Определение

* Послеродовой (постнатальный) период - это промежуток времени с момента окончания 3-го периода родов (отделение плаценты и выделение последа) до 42 дней, во время которого происходит инволюция гестационных изменений в репродуктивной системе и соматических органах, за исключением молочных желёз.

Классификация :

- 1) Ранний послеродовой период - 2 часа после родоразрешения.
- 2) Поздний послеродовой период - до 42 суток после родов (6-8 недель)

* Введение раннего послеродового периода

- * Осмотр последа.
- * Осмотр мягких родовых путей при помощи зеркал.
- * Восстановление целостности мягких тканей родовых путей (под местной или эпидуральной аналгезией).
- * Наблюдение за роженицей в родильном блоке в течение 2 часов после родов:
 1. Оценка общего состояния роженицы, жалоб после рождения последа и каждые 20-30 мин.
 2. Измерение пульса и артериального давления на периферических артериях после рождения последа и перед переводом в послеродовое отделение.
 3. Наблюдение за состоянием матки каждые 20-30 минут.
 4. Контроль за количеством и характером выделений из половых путей каждые 20-30 минут
 5. Прикладывание ребенка к груди роженицы и проведение первого кормления.
 6. Вызов анестезиолога для удаления катетера из эпидурального пространства перед переводом роженицы в послеродовое отделение.
 7. Опорожнение мочевого пузыря роженицы перед переводом в послеродовое отделение через 2 часа после родов.

- * Сразу после рождения последа производится оценка состояния родильницы: жалобы, окраска кожных покровов, наличие головокружения, головной боли, расстройств зрения и др, исследование пульса и артериального давления на периферических артериях.
- * • Состояние матки (матка находится в состоянии сокращения, в срединном положении, выступая через брюшную стенку как плотное округлое образование с четкими контурами, находится посередине между лоном и пупком).
- * • Характер и объем выделений из половых путей (кровяные темные выделения из влагалища в умеренном количестве). Обязательно производят осмотр наружных половых органов, включая преддверие влагалища и промежность, чтобы определить их целостность, с помощью влагалищных зеркал – стенки влагалища и шейку матки. Обнаруженные разрывы зашивают под местной или эпидуральной анальгезией.
- * Первые два часа после родов родильница находится под наблюдением в родильном отделении (жалобы, окраска кожных покровов, наличие головокружения, головной боли, нарушений зрения и др, исследование пульса и артериального давления на периферических артериях, состояние матки, характер и объем выделений из половых путей – каждые 20-30 минут, состояние швов на промежности (при их наличии). После осмотра родовых путей и восстановления их целостности родильница под присмотром неонатолога и акушерки прикладывает ребенка к груди и кормит.
- * Через 2 часа после родов родильницу переводят в послеродовое отделение. Перед переводом оценивают общее состояние родильницы. Если проводилась эпидуральная анальгезия - вызывают анестезиолога для удаления катетера из эпидурального пространства. Если родильница самостоятельно не мочилась, опорожняют мочевой пузырь при помощи мочевого катетера. Записывают дневник в истории родов.

* Клиническое течение

- * Сразу после родов может быть озноб в течение 5-10 мин
- * В первые часы может сохраняться слабость
- * Усталость, ощущение ссаждения растяжения вульвы и влагалища, но исчезают в первые дни послеродового периода
- * Усиленное потоотделение
- * Усиление жажды
- * Задержка стула в первые дни
- * Задержка мочи, отсутствие позывов при переполнении

*Тактика ведения

Цели послеродового наблюдения:

Быстрое возвращение родильницы к нормальной жизни.

Формирование навыков исключительно грудного вскармливания.

Профилактика послеродовых осложнений.

Сохранение здоровья новорожденного и предотвращение его заболеваний.



* Принципы и организация ухода за родильницей

- * Нахождение в родзале после родов 2-4ч.
- * Соблюдение принципа цикличности заполнения палат.
- * Активное ведение послеродового периода.
- * Так как кровотечение в родах является частым и довольно грозным осложнением, то с целью его профилактики в последовом и раннем послеродовом периодах сразу после рождения ребенка внутривенно вводят 0,02% метилэргометрин 1 мл, реже окситоцин 5 ЕД, разведенный в 20 мл 40% раствора глюкозы или изотонического раствора хлорида натрия

* В послеродовом периоде приобретает особо важное значение строжайшая чистота палаты, постелей и предметов ухода. Все инструменты, материалы и предметы ухода, соприкасающиеся с половыми органами и молочными железами родильницы, должны быть стерильны. При уходе за родильницами необходимо тщательно мыть и дезинфицировать руки, носить маски. Медицинский персонал должен соблюдать все правила личной гигиены. У каждой родильницы должно быть индивидуальное судно, чистое постельное белье и достаточное количество подкладных пеленок.

* Кровотечения в послеродовом периоде

- * Среди различных акушерских осложнений, возникающих в родах и раннем послеродовом периоде, кровотечения продолжают занимать одно из ведущих мест. Послеродовое кровотечение - это симптом, а не диагноз. Частота кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах колеблется от 2,5 до 8%.

Факторы, предрасполагающие к развитию кровотечений:

- * перенесенные аборты,
- * многорожавшая (более 3 родов)
- * рубец на матке
- * опухоли и аномалии развития матки
- * тяжелый гестоз
- * ожирение (II-III ст.)
- * многоплодная беременность
- * крупный плод
- * Многоводие
- * слабость родовой деятельности
- * тяжелые экстрагенитальные заболевания матери
- * дефект гемостаза (болезнь Виллебранда, тромбоцитопении, тромбоцитопатии, хронический ДВС-синдром, лейкозы и т.д.).

* Интранатальными факторами риска кровотечений являются затяжные, быстрые и стремительные роды, оперативные роды, чрезмерно активное ведение третьего периода родов (грубые ручные приемы, массаж матки, попытки выделения неотделившегося последа). Кровотечение в раннем послеродовом периоде может быть обусловлено задержкой частей последа в полости матки, гипо- и атонией матки, наследственными или приобретенными дефектами гемостаза, разрывом матки и мягких тканей родовых путей.

Классификация послеродовых кровотечений:

* По времени возникновения :раннее(в течение первых 2х часов после родов) и позднее(возникшее позже 2х часов) послеродовое кровотечение.

* По объему кровопотери:

а)физиологическая(до 10% ОЦК или до 500 мл во время родов и до 1000 мл во время кесарева сечения),

б)патологическая(от 10 до 30% ОЦК или более 500 мл во время родов и более 1000 мл во время кесарева сечения)

в)массивная(более 30% ОЦК)

Раннее послеродовое кровотечение:

T (tone) – нарушение сокращения матки – гипо- или атония;

T (tissue) – задержка частей плаценты или сгустков крови в полости матки;

T (trauma) – травма родовых путей, разрыв матки;

T (trombin) – нарушения свертывающей системы крови.

Меры остановки кровотечения:- ручное исследование послеродовой матки, удаление остатков плацентарной ткани и сгустков (однократно);

-наружно-внутренний массаж;

-ушивание разрывов мягких родовых путей;

-назначение лекарственных средств для лечения атонии;

-коррекция нарушений параметров гемостаза.

*** Утеротонические средства, применяемые для лечения послеродового кровотечения**

Препарат	Окситоцин	Метилэргометрин
Доза и путь введения	20 Ед на 1000 мл или 10 Ед на 500 мл физ.р-ра или р-ра Рингера в/в, 60 капель в минуту	0,2 мг в/м или в/в медленно
Поддерживающая доза	20 Ед/л или 10 Ед на 500 мл физ.р-ра или р-ра Рингера, в/в 40 капель в минуту	Повторно 0,2 мг в/м через 15 минут. Если требуется повторно 0,2 мг в/м или в/в (медленно) каждые 4 часа
Максимальная доза	Не более 3л. раствора содержащего окситоцин	Суточная доза 5 доз (1,0мг)
Противопоказания	Быстрое болюсное введение препарата	Гипертензия, заболевания сердца, преэклампсия

- * Начальный послеродовой период характеризуется следующими процессами в организме только что родившей женщины:
- * выбросом гормона окситоцина, отчасти снимающего болевой синдром и отвечающего за сокращение маточной мускулатуры;
- * постепенным сокращением стен матки;
- * выработкой гормона пролактина, необходимого для начала лактации;
- * усиленной работой внутренних органов, отвечающих за кроветворение, для восполнения кровопотери.
- * Перенесенные нагрузки отражаются на физическом состоянии молодой матери, особенно, если роды были первыми: женщина чувствует сильную усталость, наблюдаются изменения давления, может возникнуть дрожь в мышцах; при этом в целом роженица чувствует себя скорее комфортно и переживает сильный эмоциональный подъем. Кроме того, именно в начальный послеродовой период происходит важнейший тактильный и зрительный контакт матери с новорожденным и первое прикладывание младенца к груди.

* **Анатомические и физиологические изменения в организме роженицы**

- * Происходит инволюция (обратное развитие) тех органов и систем, которые подверглись изменениям во время беременности.
- * Во время первого этапа послеродового периода начинают происходить изменения во всех системах организма роженицы:
 - * половых органах (матке, влагалище, яичниках, маточных трубах);
 - * на тазовом дне;
 - * пищеварительной системе;
 - * в молочных железах
 - * системе кровообращения;
 - * выделительной (мочеотделения);
 - * эндокринной.
- * В позднем периоде восстановления организма эти изменения приобретут устойчивый положительный характер, а в самые первые часы после рождения ребенка происходит старт, запуск этих процессов.

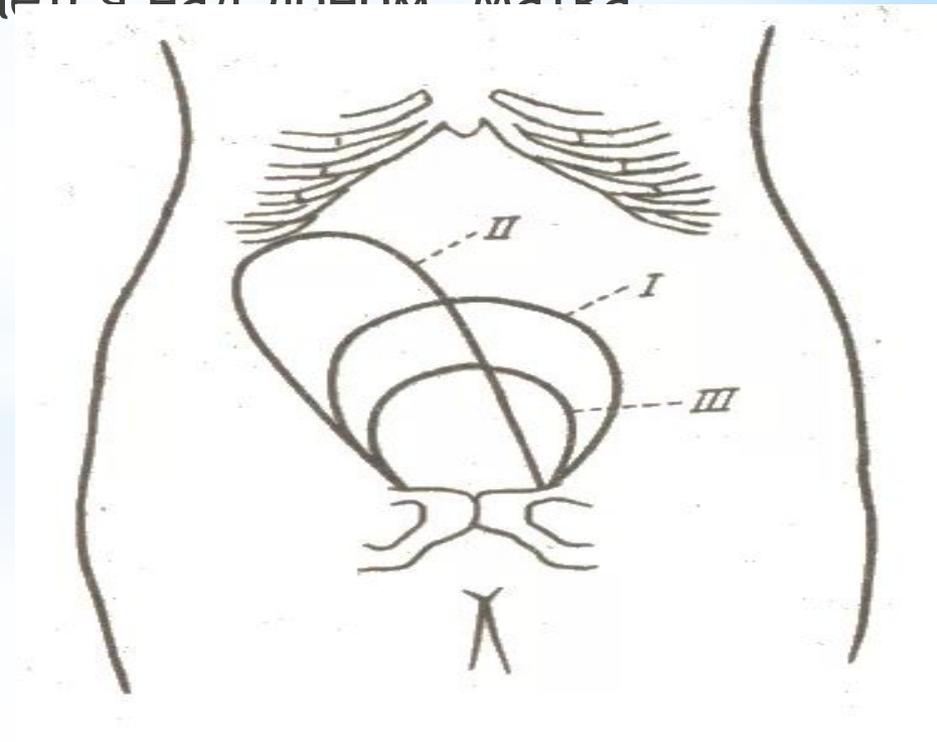
- * Тело матки в начальный послеродовой период имеет почти шаровидную форму и сохраняет значительную подвижность за счёт понижения тонуса растянутого связочного аппарата. Сразу после родов размер матки соответствует 20 неделям беременности. Дно её пальпируется на 1-2 поперечных пальца ниже пупка. Через несколько часов восстанавливающийся тонус мышц тазового дна и влагалища смещает матку кверху. Скорость инволюции матки зависит от большого количества факторов, основное влияние на сократительную способность матки в начальном периоде оказывают:
- * паритет родов (наличие родов в анамнезе и характер их течения);
- * степень растяжения матки во время беременности (зависит от массы плода, диагноза "многоводие", многоплодной беременности);
- * грудное вскармливание с первых часов.
- * Реальные размеры матки и скорость её инволюции наиболее точно определяются при помощи ультразвукового исследования (УЗИ).
- * Сразу после отделения последа врач с помощью специальных инструментов осматривает родовые пути и шейку матки роженицы в поисках повреждений и разрывов. При выявлении разрывов их немедленно ушивают. Если разрывы значительны, восстановление мягких тканей осуществляется врачом под общим наркозом. В этот период состояние роженицы контролируется присутствующим врачом-анестезиологом. Если в родах было проведено рассечение промежности, эту часть тела роженицы перед наложением швов обезболивают при помощи местного наркоза. По результатам осмотра влагалища акушер-гинеколог ушивает обнаруженные в нем разрывы. Шейка матки и влагалище ушиваются специальными рассасывающимися нитями из особого материала (кетгута, дексона или викрила).
- * Ушивание разрывов шейки матки и влагалища (если они имеются) является строго обязательной процедурой начального послеродового периода.

* Признаки отделения плаценты

- * Показания: III период родов.
- * Сразу после рождения плода матка значительно сокращается и уменьшается в размерах, поэтому несколько минут матка находится в состоянии тонического сокращения, после чего начинаются "последовые" схватки. Под воздействием этих схваток плацента с оболочками отделяется от стенок матки и рождается наружу из полости матки.

* продолжение

- * Среди многочисленных признаков отделения плаценты есть несколько наиболее достоверных, которыми следует пользоваться.
- * **Признак Шредера.** При отделении плаценты и её опускании в нижний отдел матки происходит поднятие дна матки выше пупка и отклонение вправо, что заметно при пальпации. При этом нижний сегмент выпячивается над лоном. Матка уплощена, более узкая.
- * I-после рождения плода.
- * II-после отделения плаценты
- * III-после рождения последа



*Признак Альфельда:

Отделившаяся плацента опущена в нижний сегмент матки или во влагалище. В связи с этим зажим Кохера, наложенный на пуповину при ее перевязке, опускается на 8–10 см и более.

Рис.21 а и фото 41а-

Признак отрицательный

Рис.21б и фото 41б-

Признак положительный

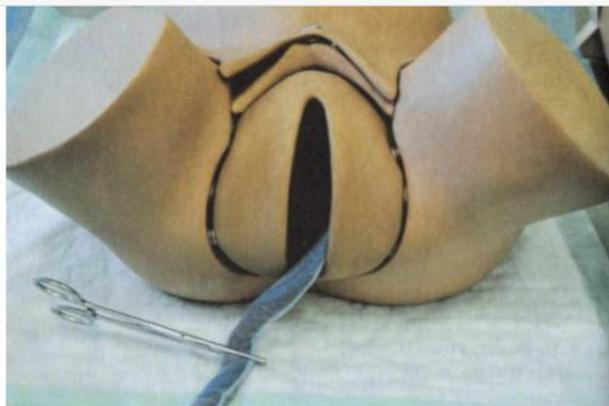
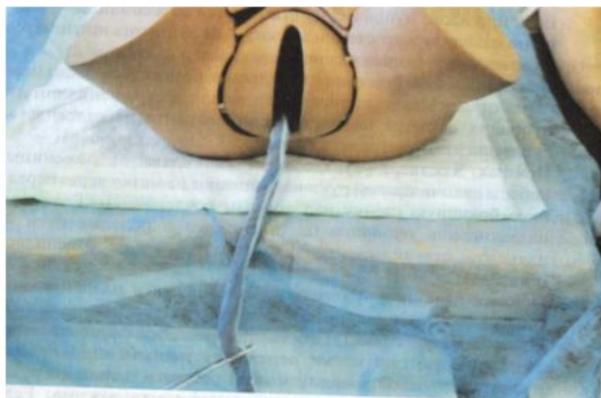


Рис. 21 а и фото 41 а. Признак отделения плаценты по Альфельду- отрицательный.



- * **Признак Довженко.** Роженице предлагают глубоко дышать. Если при вдохе пуповина не втягивается во влагалище — плацента отделилась от стенки матки; если пуповина втягивается во влагалище — плацента не отделилась.
- * **Признак Клейна.** Роженице предлагают потужиться. Если плацента отделилась от стенки матки, после прекращения потуги пуповина остается на месте, если плацента не отделилась, пуповина втягивается во влагалище.
- * **Признак Кюстнера—Чукалова.** Встают слева от роженицы. Ребром ладони правой руки надавливают на матку через переднюю брюшную стенку над лонным сочленением. Если при надавливании пуповина не втягивается в родовые пути — плацента отделилась, если втягивается — не отделилась.



Рис. 22 а Признак отделения плаценты по Кюстнеру-Чукалову — плацента не отделилась

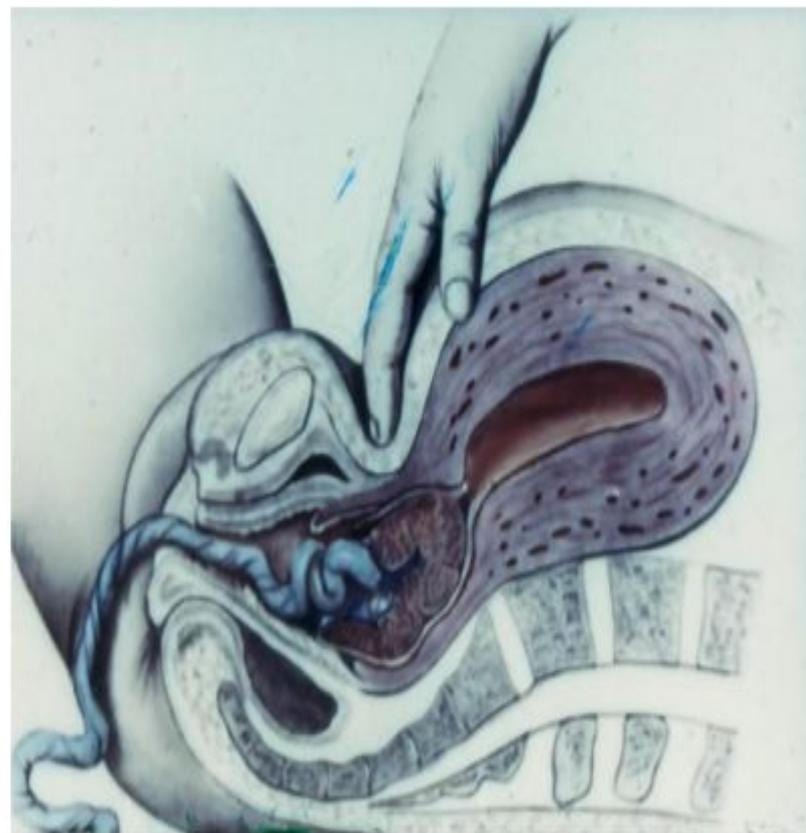


Рис. 22 б. Признак отделения плаценты по Кюстнеру-Чукалову – плацента отделилась.

* Методы выделения последа

- * Последовый период длится в среднем 15 - 30 мин. Кровопотеря не должна превышать 0,5 % от массы тела женщины, что в среднем составляет 250 - 300 мл. При положительных признаках отделения плаценты и отсутствия самостоятельного рождения последа прибегают к его выделению ручным способом.

* Способ Абуладзе

Техника выполнения:

- * **Способ Абуладзе (усиление брюшного пресса) :**
 - Получают у роженицы информированное согласие на процедуру.
 - Опорожняют мочевой пузырь.
 - Бережно массируют матку через переднюю брюшную стенку и приводят ее в срединное положение.
 - Встают справа от роженицы.
 - Захватывают обеими руками мышцы передней брюшной стенки в продольную складку и приподнимают.
 - Предлагают женщине потужиться.

*Способ Абуладзе



* Способ Гентера

* Способ Гентера

- Получают у роженицы информированное согласие на процедуру.
- Опорожняют мочевой пузырь.
- Бережно массируют матку через переднюю брюшную стенку и приводят ее в срединное положение.
- Встают сбоку от роженицы лицом к ее ногам.
- Сжимают кисти обеих рук в кулаки.
- Располагают тыльную поверхность основных фаланг на дне матки в области трубных углов.
- Запрещают роженице тужиться.
- Надавливают кулаками на матку по направлению вниз к крестцу

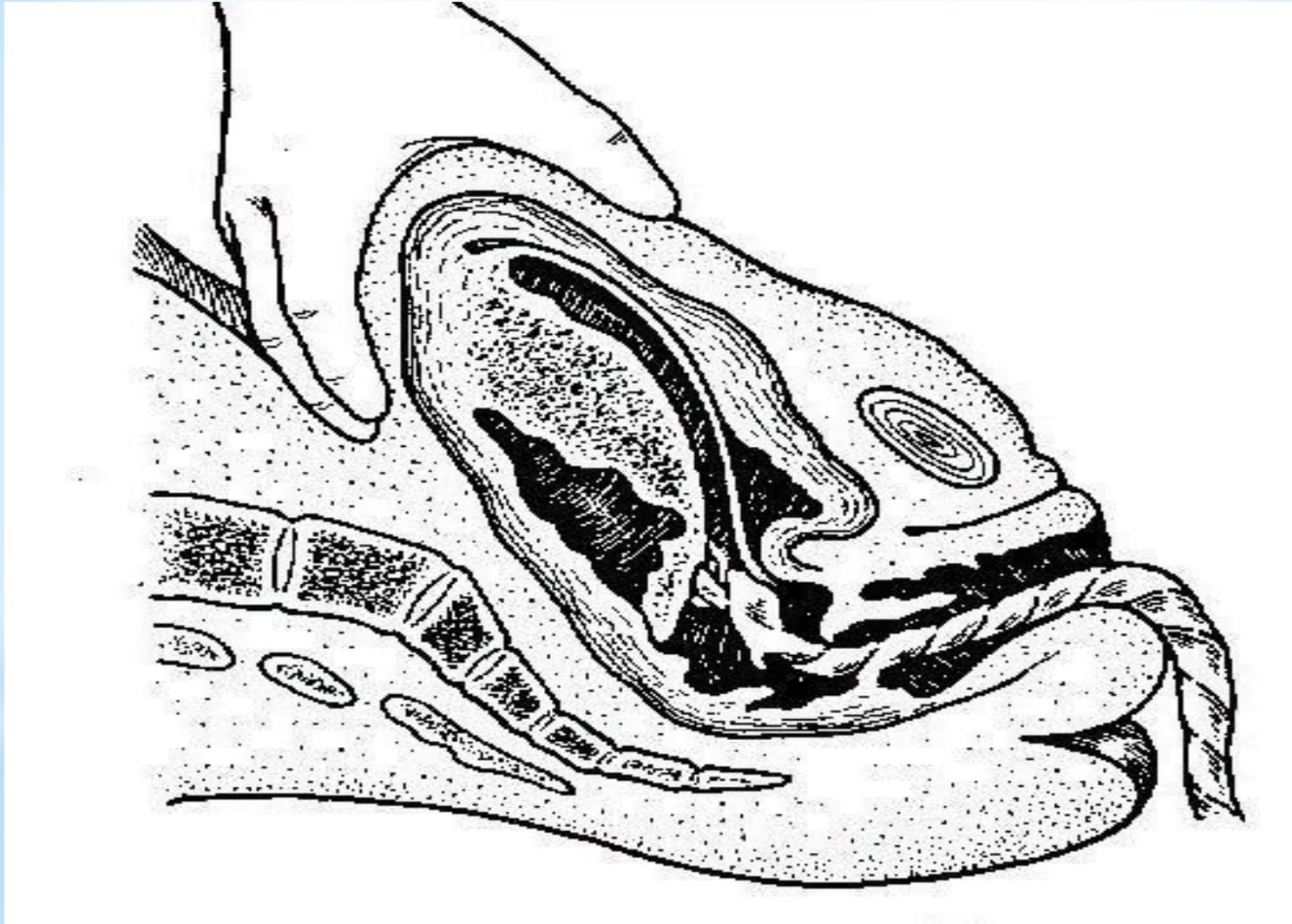
*Способ Гентера



* Способ Креде-Лазаревича

- Получают у роженицы информированное согласие на процедуру.
- Опорожняют мочевой пузырь.
- Бережно массируют матку через переднюю брюшную стенку и приводят ее в срединное положение.
- Встают сбоку от роженицы лицом к ее ногам.
- Дно матки охватывают правой рукой так, чтобы большой палец находился на передней стенке матки, ладонь — на дне, а 4 пальца — на задней поверхности матки.
- Запрещают роженице тужиться.
- Одновременно надавливая на матку всей кистью в двух взаимно перекрещивающихся направлениях (пальцами спереди назад и ладонью сверху вниз по направлению к крестцу), добиваются рождения последа.
- Давление на матку прекращают и заботятся о том, чтобы полностью вышли оболочки.

* Способ Креде-Лазаревича

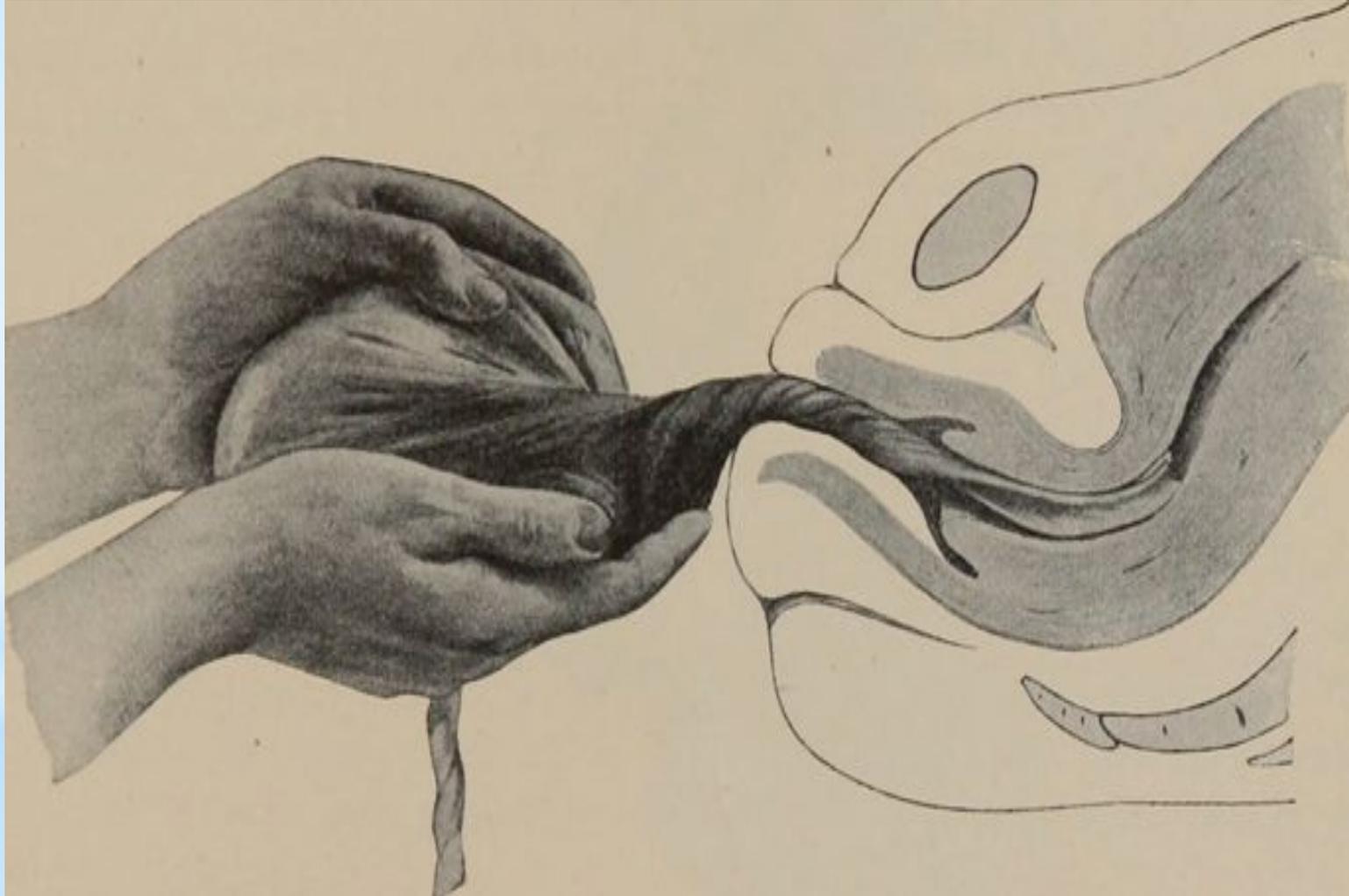


Игнорирование указанных правил может привести к спазму зева, ущемлению в нем последа. Для его устранения при способах Гентера, Креде-Лазаревича необходимо ввести спазмолитик (2% раствор но-шпы 2 мл, 2% раствор папаверина гидрохлорида* 2 мл, 0,1 % раствор атропина сульфата* 1 мл, 0,1% раствор платифиллина 1 мл).

*Иногда после рождения плаценты обнаруживают задержку оболочек в матке. В таких случаях используют:

- 1) способ Якобса: берут плаценту в руки, вращают ее по часовой стрелке, для свертывания оболочек в канатик и выхода их в целом виде.
- 2) способ Гентера: после рождения плаценты роженица, опираясь на ступни, поднимает таз; при этом плацента свисает вниз и своей тяжестью способствует отслоению и выделению оболочек

*Способ Якобса



*Способ Гентера



Рис. 27. Выделение оболочек по способу Гентера: роженица поднимает таз, плацента свисает что способствует отделению оболочек

* Осмотр последа

* Послед осматривают для определения его особенностей, исключения его дефекта и профилактики кровотечения в послеродовом периоде.

Техника выполнения:

- 1) Надеть перчатки.
- 2) Раскладывают плаценту на лотке материнской поверхностью кверху.
- 3) Удаляют сгустки крови двумя марлевыми тампонами.
- 4) Осматривают последовательно все дольки, сопоставляя их края для исключения дефекта плаценты. Края ее обычно гладкие, не имеют отходящих от них оборванных сосудов.
- 5) Плаценту переворачивают материнской стороной вниз, плодовой кверху и осматривают плодовую поверхность

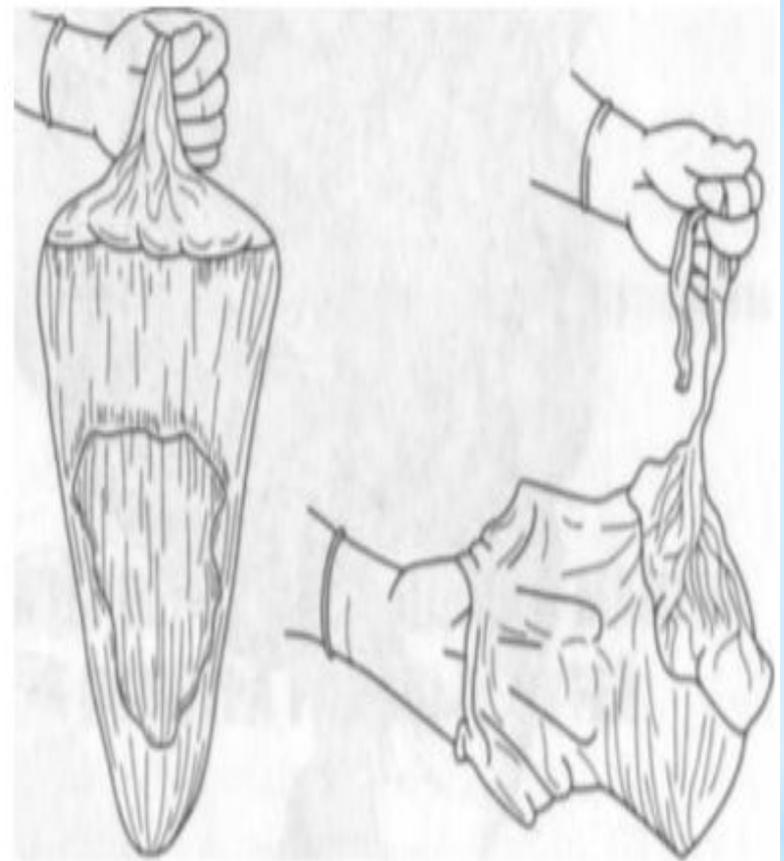


Рис. 28 а Осмотр материнской поверхности **Рис. 28 б** Осмотр плодных оболочек
плаценты

* Осматривают оболочки, перевернув плаценту материнской поверхностью вниз. Края разрыва оболочек берут пальцами и расправляют, стараясь восстановить яйцевую камеру. Обращают внимание на целостность водной и ворсистой оболочек, выясняют, нет ли между оболочками оборванных сосудов, отходящих от края плаценты (рис. 29 и фото 43).

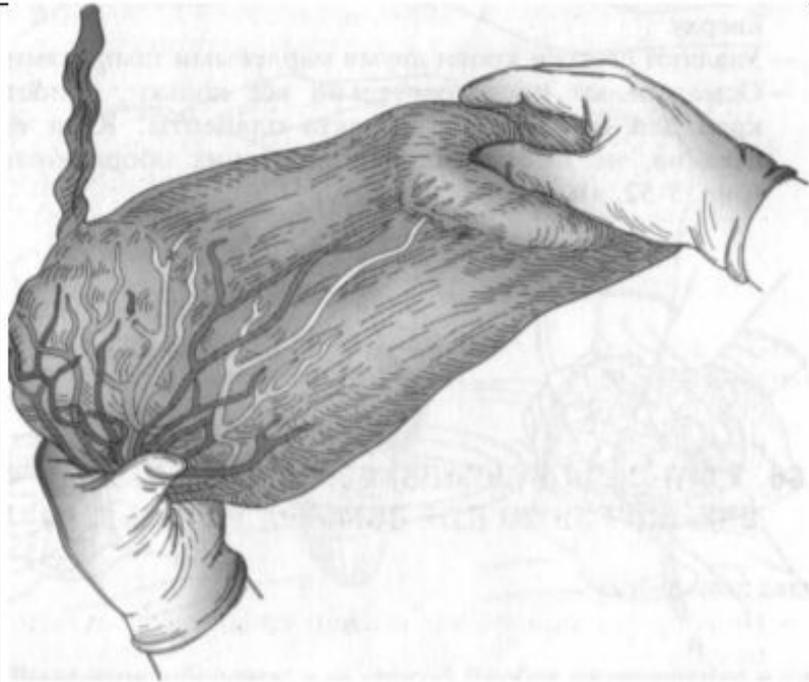


Рис. 29. Сосуды, идущие между оболочками, указывают на наличие добавочной дольки



Фото 43. Осмотр оболочки, перевернув плаценту материнской поверхностью вниз.

- * Определяют место разрыва оболочек: чем ближе к краю плаценты расположено место разрыва оболочек, тем ниже она была прикреплена к стенке матки.
- * Осматривают пуповину, определяют ее длину, наличие истинных и ложных узлов, прикрепление пуповины к плаценте (фото 44 и 45; рис. 30, а, б и 31, а, б)



Фото 44. Осматривание пуповины

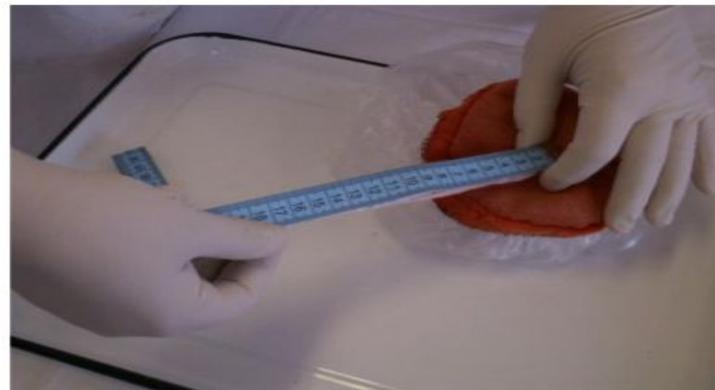


Фото 45. Определение ее длины



а



б

Рис. 30. Узлы пуповины: а - истинный узел; б — ложный узел



а



б

Рис. 31. а – краевое прикрепление сосудов пуповины
б - оболочечное прикрепление сосудов пуповины (пояснения в тексте)

* После осмотра послед взвешивают, измеряют диаметр, толщину. Все данные заносят в историю родов. Если у женщины диагностирована экстрагенитальная и/или акушерская патология, послед направляют на гистологическое исследование.



Фото 46. Послед направляют на гистологическое исследование



Фото 47. Все данные заносят в историю родов.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

