МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

«ДЕРБЕНТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИМ. Г.А. ИЛИЗАРОВА»

«Утверждаю»

Заместитель директора по УР

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_З.Т. Айдынбекова

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г.

**Учебно – методический комплекс**

**лекционного и практического занятия**

**для специальности 31.02.02«Акушерское дело»**

**по предмету ПМ 01 МДК 01.01 «Физиологическое акушерство»**

**Раздел:**

**«Физиологические роды.**

**Ведение последового периода»**

Рассмотрен и одобрен на Разработчик УМК

заседании цикловой комиссии преподаватель акушерства и гинекологии:

акушерско-педиатрического цикла \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Алекперова Л.Б,

Протокол № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г

Председатель ЦМК:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Асланбеков Р.М.

г. Дербент

**Пояснительная записка**

Данное пособие обучающего типа создано, как один из вариантов помощи в самостоятельной работе для студентов 2 курса, специальности « Акушерское дело».

Информация систематизирована, имеется необходимый теоретический и практический материал.

Предусматривается использование дополнительного дидактического материала для более эффективной самостоятельной работы, как в подготовке, так и на практическом занятии.

Методический комплекс составлен с целью:

1. Научить студентов осмыслить исключительную возможность применения полученных теоретических знаний на практике;

2. Прививать студентам чувство долга, ответственности, требовательности к себе;

3. Прививать любовь к выбранной профессии.

Содержание обучения переведено в задачи и задания для студентов на уровне профессионально – практической деятельности, максимально приближенной к реальной работе акушерки. Формирование навыков на технике выполнения манипуляций обеспеченно алгоритмом выполнения с обоснованием каждого этапа.

Профессионально интеллектуальные навыки по технике выполнения процедур и манипуляций отрабатываются путем решения задач с применением алгоритмических схем.

При контроле знаний учитывается не только качество выполнения процедур и манипуляций, но обязательное теоретическое обоснование, а также самостоятельное выполнение приобретенных навыков и умений.

Данная тема изучается:

На лекционных занятиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На практических занятиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Рецензия**

В работе представлен материал, раскрывающий основные понятия темы, способствующие формированию у студентов четких знаний, умений, а впоследствии профессионализма.

Преподаватель грамотно, творчески решил проблему построения методического комплекса и представил следующую его структуру:

Пояснительная записка

Учебно – методические планы занятий:

Лекционного

Практического

Схемы интеграции

Схемы, таблицы

Список используемой литературы, используемой преподавателем при написании методического пособия

Для изучения темы, закрепления знаний разработан дидактический материал:

Конспект темы, глоссарий, тесты, контрольные вопросы, ситуационные задачи.

Автором тщательно продуманна методика организации лекционного и практического курса изучения данной темы, наряду с традиционными методами используются активные методы обучения и контроля.

Учебно – методический комплекс составлен в соответствии с программой обучения и может быть использована, студентами и преподавателями в качестве пособия для изучения темы: «Физиология родов. Ведение последового периода»

**Содержание**

1. Мотивация темы

2. План проведения лекционного занятия

3. Опорный конспект лекции

4. План практического занятия

5. Тест

6. Ситуационные задачи

7. Рабочая тетрадь

8. Глоссарий

9. Список используемой литературы

10. Приложения

11. Алгоритмы манипуляций по теме

**Мотивация темы:**

Последовый период начинается после рождения плода и продолжается в среднем около 30 минут. В течение этого периода происходит отделение последа от стенок матки и выделение его наружу, что сопровождается кровотечением.

В послеродовом периоде раневая поверхность матки, разрывы мягких родовых путей могут служить входными воротами для инфекции. Правильное ведение последового и послеродового периодов позволяет избежать серьёзных осложнений (кровотечения, геморрагический шок, ДВС, послеродовые гнойно-септические заболевания).

Большое значение в акушерстве имеет ведение последового периода, т.к. сопровождается небольшой кровопотерей, которая считается физиологической. Однако в последовом периоде наблюдаются значительные и даже опасные кровотечения, связанные с нарушением процесса отслойки и изгнания плаценты. Кровотечение в третьем периоде родов может зависеть от разрыва мягких тканей родовых путей. В связи с этим роженица в 3 периоде родов должна находиться под постоянным наблюдением акушерки. Акушерка все время следить за общим состоянием женщины, окраской кожи и видимых слизистых, сосчитывает пульс, измеряет артериальное давление.

**План проведения лекционного занятия**

Тип занятий – лекция

Продолжительность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место проведения – лекционный зал «Акушерства и гинекологии»

Цели:

**Учебные цели:**

1. Знать течения физиологических родов
2. Уметь вести физиологические роды
3. Уметь определять кровопотерю в родах

**Воспитательная цель:**

Воспитывать у студентов чувство ответственности за жизнь и будущее здоровье матери и ребенка

**Развивающая цель:**

Развивать у студентов способность логически мыслить, принимать правильные решения в той или иной клинической ситуации

**Оснащение:**

1. таблицы и плакаты по теме

2. фантом

3. муляж последа

4. таз, тонометр, фонендоскоп

5. лоток, кукла

6. проектор

7. презентация по теме

**Распределение времени**

Организационный момент -2 мин

1. Постановка целей и задач- 3 мин

2. Изложение нового материала -75 мин

3. Закрепление материала – 10 мин

**План лекции:**

1. Роды. Периоды. Продолжительность. Предвестники. родовые изгоняющие силы.

2. Течение родов.

3. Ведение периода раскрытия

4. Ведение периода изгнания

5. Ведение последового периода

**Актуальность темы:**

Физиологические роды – наиболее важный вопрос современного акушерства, т.к. это завершающий момент длительного периода вынашивания ребенка, и от правильного течения и ведения родов зависит жизнь и здоровье матери и ребенка.

• Правильная и своевременная подготовка женщины к родам, а также эффективное прогнозирование течения родов и проведение профилактики возможной патологии позволяет дать женщине здорового ребенка и сохранить ее здоровье.

Рациональное ведение третьего периода родов является важной задачей практического акушерства, так как неправильное ведения родов является одной из причин материнской заболеваемости и смертности.

**Цель занятия:** Овладеть знаниями по течению и ведению родов

**Задачи:** Студент должен знать:

1. Роды. Периоды. Продолжительность. Предвестники. Родовые изгоняющие силы.

2. Течение родов.

3. Ведение периода раскрытия

4. Ведение периода изгнания

5. Ведение последового периода

6. Определение кровопотери в родах

**Студент должен уметь:**

Определить признаки отделения последа и способы удаления отделившегося последа, определить допустимую кровопотерю в родах.

**Основные учебные вопросы и понятия:**

**Физиология родов.**

Роды являются сложным Физиологическим процессом, при котором происходит изгнание из матки через естественные родовые пути плода, последа и околоплодных вод. Обычно Роды наступают после 10 акушерских месяцев (280 дней, 39 – 40 недель беременности). К этому времени плод становится зрелым, способным к внеутробному существованию. Такие роды называются своевременными.

Если роды происходят в сроки от 28 – 29 до 37 – 38 нед беременности, их называют преждевременными, а позже 41 – 42 нед – запоздалыми.

**Предвестники родов.** Роды редко наступают неожиданно, внезапно. Обычно за 2 – 3 нед до их наступления появляется ряд признаков, которые принято называть предвестниками родов. **К их числу относятся:**

**1)** опускание предлежащей части плода ко входу в малый таз. За 2 – 3 нед до родов предлежащая часть плода, чаще всего головка, прижимается ко входу в малый таз, вследствие этого высота стояния дна матки уменьшается. Беременная при этом отмечает, что ей становится легче дышать;

**2)** повышение возбудимости матки. В последние 2 – 3 нед беременности периодически возникают нерегулярные сокращения матки, сопровождающиеся болезненными ошущениями. Такие сокращения матки иазываются ложными схватками, схватками-предвестниками, подготовительными (прелиминарными) схватками. Ложные схватки никогда не носят регулярного характера и не приводят к изменениям в шейке матки;

**3)** в последние дни перед родами у беременной периодически появляются слизистые выделения из половых путей, происходит выделение слизистой пробки – содержимого шеечного канала, что также свидетельствует о близости наступления родового акта.

Накануне родов наблюдаются изменения в шейке матки, совокупность которых характеризует состояние ее зрелости. Эти изменения легко распознаются при влагалищном исследовании и выражаются в следующем: зрелая шейка матки располагается в центре малого таза, укорачивается (длина зрелой шейки матки не превышает 2 см) и размягчается; шеечный канал становится проходимым для пальца.

**Родовые изгоняющие силы.**

К родовым изгоняющим силам относятся схватки и потуги. Началом родов считаются появление регулярных сокращений матки – родовых схваток. Схватки возникают непроизвольно, независимо от желания женщины. Родовые схватки носят периодический характер и нередко сопровождаются болевыми ощущениями. Промежутки между схватками называются паузами. Вначале схватки чередуются кажцые 10 – 15 мин и длятся по 10 – 15 с. Впоследствии схватки учащаются и становятся более продолжительными. В конце первого периода родов схватки возникают каждые 3 – 4 мин и длятся по 40 – 45 с. С момента возникновения регулярной родовой деятельности и да окончания родов женщина называется роженицей.

Другой разновидностью изгоняющих сил являются п о т у г и. Кроме сокращения матки, потуга включает участие мышц брюшного пресса, диафрагмы, верхних и иижних конечностей. Потуги возникают рефлекторно вследствие раздражения нервных окончаний шейки матки, влагалища, мышц и фасций тазового дна продвигающейся по родовому каналу предлежащей частью плода. Потуги возникают непроизвольно, но, в отличие от схваток, роженица мажет регулировать их силу и продолжительность. Это позволяет врачу и акушерке специальными приемами управлять родами в период изгнания. В результате одновременного согласованного действия сокращений матки и скелетных мышц происходит изгнание плода.

**Клиническое течение родов**

В клиническом течении родов различают три периода: первый период – раскрытия, второй период – изгнания, третий период – последовый.

**Период раскрытия**

Период раскрытия начинается возникновением регулярной родовой деятельности – родовых схваток и заканчивается полным раскрытием маточного зева. В период раскрытия под влиянием родовых схваток постепенно сглаживается шейка матки и раскрывается маточный зев. Этот процесс неодинаков у перво- и повторнородящих женщин. Если у первородящих вначале происходит сглаживание шейки матки (раскрытие внутреннего маточного зева), а затем раскрытие наружного зева, то у повторнородящих эти процессы происходят одновременно. При полностью сглаженной шейке матки область, соответствующая наружному зеву, называется маточным зевом. Когда наступает полное раскрытие маточного зева полость матки и влагалище составляют родовой канал. Маточный зев определяется в виде тонкой узкой растяжимой каймы, расположенной вокруг предлежащей части плода. Диаметр маточного зева при полном открытии достигает 10 – 12 см, при такой степени открытия возможно рождение зрелого плода в период изгнания. Кроме родовых схваток в процессе раскрытия шейки матки принимает участие плодный пузырь.

Во время схватки уменьшается объем матки, увеличивается внутриматочное давление, сила которого передается на околоплодные воды. В результате этого плодный пузырь вклинивается в шеечный канал, способствуя по степенному сглаживанию шейки матки и раскрытию маточного зева. После окончания схватки давление внутри матки уменьшается, напряжение плодного пузыря снижается. С новой схваткой все повторяется.

При полном или почти полном раскрытии маточного зева на высоте схватки при максимальном напряжении плодный пузырь разрывается и изливаются передние воды. Задние воды изливаются обычно вместе с рождением плода.

Излитие вод при полном или почти полном раскрытии маточного зева называется своевременным, при не полном раскрытии – ранним.

Если околоплодные воды изливаются до начала регулярной родовой деятельности, это говорит о преждев ременном (дородовом) их излитии. В редких случаях возникает запоздалое излитие околоплодных вод. Это бывает в тех случаях, когда разрыв плодного пузыря и излитие вод происходят в периоде изгнания. Длительность первого периода родов у пейвородящих колеблется от 12 до 16 ч, у повторнородящих – от 8 до 10 ч

**Период изгнания**

Второй период родов – период изгнания – начинается с момента полного раскрытия маточного зева и заканчивается рождением плода. Вскоре после своевременного излития околоплодных вод схватки усиливаются, их сила и продолжительность нарастает, паузы между схватками укорачиваются. Это способствует быстрому опусканию предлежащей части плода в полость малого таза, раздражению нервных окончаний шейки матки, влагалища, мышц и фасций тазового дна и рефлекторному возникновению потуг, под действием которых происходит изгнание плода.

На высоте одной из потуг из половой щели появляется небольшой участок предлежащей части плода (чаще всего затылок). В паузах между потугами она скрывается, чтобы вновь появиться в большей степени при следующей потуге. Этот процесс называется врезыванием предлежащей части плода. Через некоторое время с развитием родовой деятельности предлежащая часть плода продвигается по родовому каналу и уже не скрывается в паузах между потугами. Это состояние называется п р о р е з ы в а н и е м предлежащей части плода, оно завершается рождением всей головки. Родившаяся головка первоначально обращена личиком кзади, а затем в результате внутреннего поворота туловища плода головка поворачивается личиком к бедру матери противоположному позиции плода. В дальнейшем на высоте одной из последующих потуг происходит рождение плечиков и всего плода. Одновременно с рождением плода изливаются задние воды.

Период изгнания продолжается у первородящих от 1 до 2 ч, у повторнородящих – от 20 мин до 1 ч.

**Биомеханизм родов.**

Совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через родовые пути, называется биомеханизмом Родов.

Наиболее часто встречающимся нормальным является механизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Для нормального механизма родов характерно состояние сгибания головки над входом в малый таз, в результате чего ко входу в малый таз обращен затылок плода. Стреловидный шов головки плода располагается обычно в поперечном или слегка косом размере плоскости входа в малый таз.

Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

**Различают 4 момента механизма родов.**

П е р в ы й м о м е н т – сгибание головки плода. Во входе в малый таз головка совершает движение вокруг воображаемой поперечной оси, в результате которого подбородок приближается к грудной клетке, затылок опускается во вход в малый таз, малый родничок располагается ниже большого. При дальнейшем продвижении по родовому каналу малый родничок следует по проводной оси таза, являясь ведущей точкой.

Ведущей (проводной) точкой называется та точка плода, которая первой опускается во вход малого таза, следует проводной оси таза и первой показывается при рождении. Сгибание головки приводит к относительному уменьшению предлежащей части плода. В результате сгибания головка проходит все плоскости малого таза более свободно, своим наименьшим, малым косым размером, диаметр которого составляет 9,5 см, с окружностью в 32 см.

В т о р о й м о м е н т - внутренний поворот головки. Головка плода одновременно с поступательным движением поворачивается вокруг продольной оси. При этом затылок плода поворачивается кпереди, к лонному сочленению, а личико - кзади, к крестцу.

Т р е т и й м о м е н т - разгибание головки. Разгибание головки происходит в выходе малого таза. Согнутая головка достигает тазового дна, мышцы и фасции тазового дна оказывают сопротивление ее дальнейшему продвижению. В результате головка отклоняется к месту наименьшего сопротивления - вульварному кольцу, вращается вокруг воображаемой поперечной оси, отклоняется кпереди - разгибается.

Ч е т в е р т ы й м о м е н т - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Плечики в выходе малого таза поворачиваются из поперечного размера в прямой. В начале под лонную дугу подходит переднее плечико, после фиксации которого туловище сгибается в шейно-грудном отделе, при этом рождается заднее плечико. После рождения легко рождаются туловище и ножки плода. В момент внутреннего поворота плечиков совершается наружный поворот головки. Личико плода поворачивается к бедру матери в зависимости от позиции плода: при первой позиции – к правому бедру, при второй позиции – к левому.

**Последовый период**

Третий период родов – последовый – начинается с момента рождения плода и завершается рождением последа. Послед включает плаценту, околоплодные оболочки и пуповину. В последовом периоде под воздействием последовых схваток происходит отделение плаценты и оболочек от стенок матки и рождение последа. Изгнание последа осуществляется под влиянием потуг.

После Рождения последа матка сильно сокращается, в результате чего происходит пережатие маточных сосудов в области плацентарной площадки и остановка кровотечения. При нормальном течении родов общая кровопотеря не превышает 250 мл, нередко она составляет лишь 50 – 100 мл. Такая кровопотеря считается физиологической. Кровопотеря от 250 до 400 мл называется пограничной, а свыше 400мл – патологической.

С момента окончания последового периода завершается родовой процесс и женщина называют родильницей.

Продолжительность последового периода колеблется от 5 – 10 мин до 2 ч. Общая продолжительность физиологических родов у первородящих составляет в среднем 10 – 12 ч, у повторнородящих – от 8 до 10 ч.

**Ведение периода раскрытия**

Первый период родов – период раскрытия – роженица проводит в кровати в предродовой палате, вставать ей разрешают только при целости вод и при уловии фиксации предлежащей части во входе в малый таз. Медицинский персонал должен неотлучно находиться в предродовой, наблюдать за общим состоянием, самочувствием и поведением роженицы в родах, окраской кожных покровов и слизистых оболочек, осведомляться о наличии головной боли, расстройства зрения. Медицинская сестра, акушерка должны тщательно соблюдать п р а в и л а д е о н т о л о г и и при работе в предродовой: внимательно, чутко относиться к роженице, четко и своевременно выполнять назначения врача, вселять уверенность в благополучный исход родов.

Акушерка (медицинская сестра), наблюдая за общим состоянием роженицы, каждые 2 ч измеряет артериальное давление, определяет пульс, 2 раза в сутки следит за температурой тела.

В течение всего периода раскрытия наблюдают за характером родовой деятельности. Активность родовой деятельности определяется по продолжительности схватки, ее силе и периодичности. Технически это выполняется следующим образом: акушерка (медицинская сестра) правую руку кладет на переднюю брюшную стенку, стремясь через брюшную стенку определить состояние матки. По секундомеру определяют продолжительность схваток и пауз между ними. Схватка ощущается рукой как уплотнение матки, пауза – как расслабление ее.

Большое внимание уделяется в первом периоде родов контролю за состоянием плода. Информацию о его состоянии получают при выслушивании сердцебиения плода акушерским стетоскопом, или аппаратом «Малыш», а также путем регистрации электро- и фонокардиограммы плода. При этом учитывают частоту сердцебиения плода, ритм и звучность тонов. В норме частота сердцебиения плода колеблется от 120 до 140 ударов в минуту.

Если акушерка (медицинская сестра) замечает изменения сердцебиения плода, то она должна немедленно сообщить об этом врачу. Может измениться ритм сердцебиения плода, вместо постоянного устойчивого ритм начинает меняться, то урежаясь до 90 – 100 ударов в минуту, то учащаясь до 140 – 150 в минуту. Нередко изменения ритма сочетаются с изменениями его звучности.-Сердцебиение плода становится глухим или, напротив, чрезмерно звучным. Изменения ритма и звучности сердцебиения плода являются наиболее типичными проявлениями гипоксии (кислородной недостаточности) плода. Дополнительным проявлением гипоксии плода является увеличение его двигательной активности, роженица при этом отмечает бурное шевеление плода или, напротив, ослабленное (тихое) шевеление. В связи с этим акушерка должна постоянно осведомляться у роженицы о ее ощущениях.

Если врач подтверждает возникновение гипоксии плода, медицинская сестра (акушерка) тщательно выполняет его назначения (ингаляция кислорода, введение в вену 40 мл 40% Раствора глюкозы, 4 мл 5% Раствора аскорбиновой кислоты, 100 мл кокарбоксилазы, 4 мл 1% раствора сигетина), что способствует обычно улучшению состояния плода.

Немаловажное значение для нормального течения родового акта имеет функция мочевого пузыря. Роженице рекомендуется опорожнять мочевой пузырь каждые 2 – 3 ч. Переполнение мочевого пузыря оказывает неблагоприятное, ослабляющее влияние на родовую деятельность. Если Роженица не может опорожнить моче вой пузырь самостоятельно, прибегают к его катетеризации. С этой целью наружные половые органы обмывают раствором перманганата калия.

С наименьшей тщательностью необходимо наблюдать в первом периоде родов за функцией кишечника. Обычно кишечник опорожняют с помощью очистительной клизмы при поступлении роженицы в родильный дом. В последующем, если в течение 12 ч не было дефекации, ставят очистительную клизму повторно.

С целью профилактики восходящей инфекции следят за чистотой наружных половых органов роженицы, каждые 6 ч проводят их туалет раствором перманганата калия 1:1000. Кроме того, туалет наружных половых органов осуществляют перед производством влагалищного исследования с последующей сменой стерильной подкладной пеленки.

При полном открытии маточного зева и опускании головки плода в полость малого таза роженицу переводят в родовой зал, где продолжают наблюдение и помощь при родах в периоде изгнания.

**Ведение родов в периоде изгнания**

В течение всего периода изгнания около роженицы должны находиться врач и акушерка (медицинская сестра).В периоде изгнания наблюдают за общим состоянием роженицы, окраской кожных покровов и слизистых оболочек, регулярно следят за пульсом, артериальным давлением; осведомляются о самочувствии роженицы, учитывая возможность появления чувства нехватки воздуха, головной боли, Расстройства зрения и др. Тщательно контролируют характер родовой деятельности, определяя частоту, силу и продолжительность потуг, обращают внимание на состояние нижнего маточного сегмента (истончение, болезненность), в ы с о т у стояния контракционного кольца.

Кроме наблюдения за общим состоянием роженицы, уровнем артериального давления, частотой пульса, выраженностью родовой деятельности, продвижением плода по родовому каналу, необходим контроль за состоянием плода. После каждой потуги определяют сердцебиение плода, обращая внимание на его частоту, звучность, ритм.

Большое значение в периоде изгнания придают наблюдению за состоянием наружных половых органов. Отек малых и больших половых губ свидетельствует о сдавлении мягких тканей родовых путей, чаще всего при наличии узкого таза. Появление кровянистых выделений из половых путей указывает на начавшийся разрыв мягких тканей (влагалище, промежность) или на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты. Подтекание околоплодных вод, окрашенных меконием, указывает на гипоксию плода, примесь к околоплодным водам гноя – на инфицирование родовых путей и т. д. Во время прорезывания головки плода мышцы и фасции тазового дна подвергаются выраженномуперерастяжению, особенно область промежности. Головка плода в процессе прорезывания подвергается сдавлению со стороны родового канала. Специальными приемами, совокупность которых носит название а к у ш е р с к о г о п о с о б и я в родах, акушерка осуществляет защиту промежности от повреждений и бережно выводит плод из родовых путей. Наружные половые органы роженицы, внутреннюю поверхность бедер обрабатывают 5% спиртовым раствором йода, или 1% раствором йодоната, область анального отверстия закрывают стерильной марлей, под ягодицы подкладывают стерильную пеленку.

**Акушерское пособие в родах заключается в следующем:**

1. Регулирование продвижения врезывающейся головки. С этой целью во время врезывания головки акушерка, стоя справа от роженицы, располагает левкою руку на лобке роженицы, концевыми фалангами 4-х пальцев осторожно надавливает на головку, сгибая ее в сторону промежности и сдерживая ее стремительное рождение.

Правую руку акушерка располагает на промежности таким образом, чтобы ладонь находилась в области промежности ниже задней спайки, большой и 4 остальных пальца располагались по сторонам от вульварного кольца – большой палец на правой большой половой губе, 4 – на левой большой половой губе. В паузах между потугами акушерка осуществляет так называемый заем тканей: ткань клитора и малых половых губ, т. е. менее растянутые ткани вульварного кольца, низводит в сторону промежности, подвергающейся при прорезывании головки наибольшему напряжению.

2. Выведение головки. После рождения затылка головка областью подзатылочной ямки (точкой фиксации) подходит под нижний край лонного сочленения. С этого времени роженице запрещают тужиться и выводят головку вне потуги, уменьшая тем самым риск возникновения травмы промежности. Роженице предлагают положить руки на грудь и глубоко дышать, ритмичное дыхание помогает преодолевать потугу.

Акушерка правой рукой продолжает удерживать промежность, а левой рукой захватывает головку плода и постепенно, осторожно разгибая ее, сводит с головки ткани промежности. Таким образом постепенно рождается лоб, личико и подбородок плода. Родившаяся головка обращена личиком кзади, затылком кпереди, к лону. Если после рождения головки обнаруживают обвитие пуповины, осторожно подтягивают и снимают ее с шеи через головку. Если снять пуповину не удается, ее пересекают между зажимами Кохера.

3. Освобождение плечевого пояса. После рождения головки в течение 1 – 2 потуг Рождается плечевой пояс и весь плод.

Во время потуги происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Плечики из поперечного переходят в прямой размер выхода таза, головка при этом личиком поворачивается к правому или левому бедру матери, противоположному позиции плода.

При прорезывании плечиков риск возникновения травмы промежности почти такой же, как при рождении головки, поэтому акушерка должна с наименьшей тщательностью проводить защиту промежности в момент рождения плечиков.

При прорезывании плечиков оказывается следующая помощь. Переднее плечико подходит под нижний край лонного сочленения и становится точкой опоры. После этого осторожно сводят ткани промежности с заднего плечика.

4. Выведение туловища. После рождения плечевого пояса обеими руками осторожно захватывают грудную клетку плода, вводя указательные пальцы обеих рук в подмышечные впадины, и приподнимают туловище плода кпереди . В результате без затруднений рождаются туловище и ножки плода. Родившегося ребенка кладут на стерильную подогретую пеленку, роженице придают горизонтальное положение.

**Первый туалет новорожденного**

Акушерка моет руки, обрабатывает их спиртом и после этого приступает к туалету новорожденного. Полость рта и нос новорожденного освобождает от слизи с помощью стерильного баллончика или катетера, соединенного с электрическим отсосом. Затем приступают к профилактике офтальмобленнореи по Матвеев У. Способ заключается в следующем : веки новорожденного протирают стерильной ватой (отдельным шариком для каждого глаза), пальцами левой руки осторожно оттягивают нижнее веко вниз и, пользуясь стерильной пипеткой, наносят на слизистую оболочку (конъюктиву) век 1 – 2 капли стерильного свежеприготовленного 2% Раствора нитрата серебра или 30% раствора альбуцида, а девочкам в наружные половые органы.

Далее приступают к обработке пуповины. Первичную обработку и перевязку пуповины производят после полного прекращения пульсации ее сосудов, что обычно происходит через 2 – 3 мин после рождения плода. Пересекать пуповину до прекращения пульсации сосудов не следует, так как за это время по пуповине к плоду поступает около 50 – 100 мл крови из сосудов пуповины и плаценты. Перед пересечением пуповины ее протирают спиртом на расстоянии 10 – 15 см от пупочного кольца, затем накладывают два зажима Кохера. Один зажим на расстоянии 8 – 10 см от пупочного кольца, второй – на 2 см ниже первого. Пуповину между зажимами обрабатывают 5% раствором йода и пересекают стерильными ножницами, зажим перекладывают на уровень входа во влагалище. Новорожденного показывают матери и переносят в комнату новорожденного.

В комнате новорожденного ребенка укладывают на пеленальный столик, накрытый стерильной пеленкой, и производят окончательную обработку пуповины. Она состоит в следующем: акушерка повторно моет руки с мылом и обрабатывает их спиртом. Плодовый отрезок пуповины дополнительно обрабатывает спиртом, выжимают из него оставшуюся кровь. На расстоянии 0,5 см от пупочного кольца на пуповину специальным инструментом – зажимом накладывают скобу Роговина. Пуповинный остаток над скобкой отсекают стерильными ножницами, поверхность разреза пуповины смазывают 5% раствором перманганата калия, после чего культю пуповины протирают сухой стерильной марлевой салфеткой. Остаток пуповины с наложенной на него скобой на 5 – 6 ч закрывают стерильной салфеткой, а затем ее снимают и остаток пуповины остается открытым; его тщательно ежедневно осматривает врач отделения новорожденных.

После наложения скобы Роговина и отсечения пуповинного остатка поверхность разреза дважды с интервалом в 3 – 5 мин обрабатывают 96% раствором спирта.

После обработки пуповины акушерка заканчивает туалет новорожденного. Кожные покровы обрабатывают салфеткой, смоченной стерильным вазелиновым или под солнечным маслом, Удаляя при этом избыток сыровидной смазки, остатки крови и слизи. Закончив туалет, новорожденного тщательно осматривают с целью выявления врожденных аномалий развития или повреждений, возникающих иногда в родах (перелом ключицы, плечевой кости, образование кефалогематомы и др.). Затем ребенка взвешивают на детских весах, измеряют рост, окружность головки по прямому размеру, окружность плечиков. Отмечают признаки зрелости, незрелости и переношенности. На ручки надевают браслеты из медицинской клеенки и медальон, где указываются фамилия, имя и отчество матери, пол ребенка, его масса и рост, а также дата рождения. Затем ребенка пеленают, надевают стерильную теплую распашонку, заворачивают в стерильную пеленку и одеяло, оставляют на 2 ч на специальном столике, после чего переводят в отделение новорожденных.

**Ведение последового периода**

В третьем (последовом) периоде родов происходит отделение плаценты от стенок матки и рождение последа. Эти процессы всегда сопровождаются кровопотерей, не превышающей обычно 250 мл (0,5% массы тела) и считающейся физиологической. При нарушении физиологического течения последового периода может возникнуть патологическое кровотечение, в связи с чем роженица в последовом периоде должна находиться под постоянным наблюдением врача и акушерки (медицинской сестры).

**Последовый период проводится активно – выжидательно.**

Врач и акушерка наблюдают за общим состоянием роженицы, окраской кожных покровов и слизистых оболочек периодически измеряют артериальное давление, считают пульс. Для учета и измерения кровопотери под ягодицы роженицы подкладывают специальное плоское продезинфицированное судно.

При ведении последового периода необходимо знать признаки, свидетельствующие о полном отделении плаценты, и отмечать время их появления.

1. Изменение формы и высоты стояния дна матки – признак Шредера. Сразу после рождения. плода матка имеет округлую форму дно ее находится на уровне пупка. Если наступило полное отделение плаценты, матка вытягивается в длину, дно ее поднимается выше пупка, матка становится уже, уплощается и нередко отклоняется вправо от средней линии.

2. Удлинение наружного отрезка пуповины – признак Альфельда. После полного отделения плаценты и оболочек от стенок матки послед опускается в нижний маточный сегмент, что приводит к удлинению

наружного отрезка пуповины. Зажим, наложенный на пуповину на уровне половой щели, опускается на 10 – 12 см.

3. Признак Кюстнера – Чукалова. Если наступило полное отделение плаценты, то при надавлинании ребром ладони на надлобковую область роженицы пуповина не втягивается во влагалище. При не отделившейся или не полностью отделившейся плаценте пуповина, напротив, втягивается во влагалище.

В ряде случаев, когда задерживается рождение последа при полностью отделившейся плаценте, применяют ручные приемы дляя его выделения.

1. С п о с о б А б у л а д з е. После опорожнения мочевого пузыря производят осторожный массаж матки через переднюю брюшную стенку с целью усиления ее сокращения. Затем обеими руками захватывают переднюю брюшную стенку, в продольную складку. После этого предлагают роженице потужиться, полностью отделившийся послед обычно без затруднений рождается.

. Способ Креде – Лазаревича. После опорожнения мочевого пузыря матку выводят в срединное положение, осторожно проводят наружный массаж матки, чтобы усилить ее сокращение. Акушер встает слева от роженицы лицом к ее ногам, правой рукой захватывает матку через переднюю брюшную стенку таким образом, чтобы четыре пальца располагались на задней ее стенке, ладонь – на дне, а большой палец – на передней стенке матки. Затем производят выжимание последа, направляя усилия правой руки вниз и кпереди. Отделившийся полностью послед легко рождается.

**Осмотр родовых путей после родов.**

Внутреннюю поверхность бедер, наружные половые органы обрабатывают 5% спиртовым раствором йода, под ягодицы родильницы подкладывают стерильную пеленку. Врач и акушерка (медицинская сестра) моют руки, как перед хирургической операцией. Вначале осматривают промежность, малые половые губы и клитор, затем приступают к осмотру влагалища и шейки матки. С этой целью обнажают шейку матки при помощи зеркал, фиксируют шейку матки окончательными зажимами и последовательно осматривают матку по всей окружности. При обнаружении разрывов шейки матки или влагалища их зашивают. Затем зеркало удаляют и осуществляют восстановление нарушенных тканей промежности и малых половых губ.

Линию швов смазывают 5% спиртовым раствором йода. С целью обезболивания при зашивании разрывов шейки матки, влагалища, промежности и малых половых губ может быть использована местная инфильтрационная анестезия, пудендальная анестезия, ингаляция закисно-кислородной смеси, а так же внутривенное введение сомбревина.

Первые два часа после родов родильница должна оставаться в родильном отделении под тщательным наблюдением дежурного врача в связи возможностью возникновения гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде.

Все сведения заносятся в историю родов.

**Вопросы для самоконтроля**

1. Роды. Периоды. Продолжительность. Предвестники родов. Родовые изгоняющие силы.
2. Течение родов. Контракционное кольцо. Пояс соприкосновение. Определение и значение.
3. Признак отделения последа Альфельда
4. Признак отделения последа Кюстнера – Чукалова
5. Признак отделения последа Шредера
6. Признак отделения последа Штрассмана
7. Признак отделения последа Довженко
8. Признак отделения последа Клейна
9. Удаление отделившегося последа по методу Абуладзе
10. Удаление отделившегося последа по методу Гентера
11. Удаление отделившегося последа по методу Креде –Лазаревичу
12. Физиологическая кровопотеря. Определение кровопотери в родах

**План практического занятия**

**Тема: «Физиологические роды. Ведение последового периода»**

Тип занятия – практическое занятие

**Оснащение:**

Плакаты

Фантом

Муляж- последа

Таз, лоток

Тонометр. Фонендоскоп

Место проведения – доклинический кабинет акушерства и гинекологии

**Цели занятия**

**Учебные:**

1. Научить студента определять признаки отделения последа
2. Знать способы удаления отделившегося последа
3. Уметь определять кровопотерю в родах

**Развивающие цели:**

- Развить клиническое мышление, профессиональные качества акушерки.

- Развивать у студентов способность логически мыслить, принимать правильные решения в той или иной клинической ситуации.

**Воспитательная:**

Воспитывать чувство ответственности и готовности брать на себя ответственность за жизнь матери и плода.

**Требования к знаниям и умениям**

**Знания**

Актуализировать новые знания по ведению последового периода

Закрепить полученные сведения, используя информационные технологии; выполнить упражнения, направленные на углубление знаний;

Добиться прочного усвоения системы знаний по теме, сформировать представление о важности последового периода.

Роль акушерки в определении признаков отделения последа.

Знать величину допустимой кровопотери в родах

Знать профилактику кровотечения в родах

**Умения**

На фантомах определить признаки отделения последа

Уметь показать на фантомах способы удаления отделившегося последа

Определить кровопотерю в родах

**Навыки**

1. Наблюдать за общим состоянием матки

2. Следить за окраской кожных покровов и слизистых оболочек

3. Наблюдать за давлением и пульсом, учитывать жалобы роженицы

4. Наблюдать за появлением признаков отделения последа

5. Введение лекарственных средств

6. Осмотреть послед

7 . Оценить кровопотерю

8. Катетеризацию мочевого пузыря

**Стандарт по теме**

**1. Студент должен повторить темы занятий:**

а) Роды. Течение.

б) Физиологические изменения во время беременности.

**2. Студент должен знать:**

а) Содержание лекционного материала

б) Основные понятия по теме, алгоритмы выполнения манипуляций

в) Правила деонтологии в общении с беременной женщиной и со своими коллегами по работе

**3. Студент должен уметь:**

а) Осознано подходить к изучению нового материала

б) Дифференцировать первостепенную и второстепенную информацию

в) Четко и быстро выполнять манипуляции, соответствующие алгоритмам

г) Адекватно реагировать на клиническую ситуацию и безошибочно действовать по намеченному плану.

**Студент должен уметь:**

а) Определить признаки отделения последа

б) Определить общее состояние матки

в) Показать на фантоме способы удаления отделившегося последа

г) Оценить кровопотерю в родах

**Технокарта занятия**

**Время занятия – 180 мин**

1. Организационный момент – 2 мин

2. Сообщение темы, целей, плана – 4 мин

3. Опрос по теме (фронтальный) – 20 мин

4. Тест - 10 мин

5. Опрос по теме – 60 мин

6. Решение клинических задач – 35 мин

7. Заполнение рабочих тетрадей - 35 мин

8. Оформление дневников - 10

9. Подведение итогов занятия, задание на дом-4 мин

**1-вариант**

**1.Физиологическая кровопотеря в родах**

А) 600 мл

Б) 400 мл

В) 250 мл

Г) 500 мл

**2. При наличии признаков отделения последа**

А) предлагают женщине потужится

Б) потягивают за пуповину

В) производят ручное обследование матки

Г) производят осмотр в зеркалах

**3. Удлинение наружного отрезка пуповины на 10 см в последовом периоде называется отделением последа**

А) по Альфельду

Б) по Шредеру

В) по Штрассу

**4. Родильница наблюдается в родильном отделении после нормальных родов**

А) 30-40 мин

Б) 2 часа

В) 4-6 часов

Г) 1 час

**5. Самым травматичным способом выделения последа является способ**

А) Кредо- Лазаревича

Б) Абуладзе

В) Гентера

Г) Кюстнера- Чукалова

**6. Для профилактики кровотечения в родах используют:**

А) окситоцин

Б) простагландины

В) метрогил

Г) верно а, б

**7. Осмотр родовых путей производится**

А) У всех родильниц

Б) Только у повторнородящих

В) Только при подозрении на разрыв матки

**8. Для определения признака отделения последа по Кюстнеру-Чукалову следует:**

А) Надавить на надлобковую область

Б) Надавить на дно матки

В) Попросить роженицу потужиться

**9. Мануальные признаки отделения плаценты**

А) Кюстнера-Чукалова

Б) Штрассмана

В) Альфельда

Г) верно а,б

**10. Визуальные признаки отделения плаценты:**

А) признак Кюстнера-Чукалова

Б) признак Штрассмана

В) признак Альфельда

Г) верно а,в

**2- вариант**

**1. Самым травматичным способом выделения последа является способ:**

А) Кредо-Лазеревича

Б) Абдуладзе

В) Гентера

Г) Кюстнера-Чукалова

**2. Рождение последа после рождения плода происходит в норме через:**

А) 5-20 мин

Б) 30-40 мин

В) 1 час

Г) 3 часа

**3. Физиологическая кровопотеря в родах:**

А) 600мл

Б) 400мл

В) 250мл

Г) 500мл

**4. При наличии признаков отделения последа:**

А) Предлагают роженице потужиться

Б) Потягивают за пуповину

В) Производят ручное обследование полости матки

**5. Осмотр родовых путей производится:**

А) У всех родильниц

Б) Только у повторнородящих

В) Только при подозрении на разрыв матки

**6. Для определения признака отделения последа по Кюстнеру- Чукалову следует:**

А) Надавить на надлобковую область

Б) Надавить на дно матки

В) Попросить роженицу потужиться

**7. Родильница наблюдается в родильном отделении после нормальных родов**:

А) 30-40 мин

Б) 2 часа

В) 4-6 часов

**8. Удлинение наружного отрезка пуповины га 10 см в послеродовом периоде, называется отделением последа:**

А) по Альфельду

Б) по Шредеру

В) по Штрассмону

**9. Началом родовой деятельности следует считать:**

А) Излитие околоплодных вод

Б) Прижатие головки ко входу в малый таз

В) Появление регулярных схваток и сглаживание шейки матки

Г) Опущение головки в полость малого таза

**10. С/Б плода во втором периоде родов выслушивается при головном предлежании**

А) Над лобком

Б) На уровне пупка

В) Чуть ниже пупка со стороны позиции

Г) Выше пупка.

**Задача № 1.**

Акушерка ФАПа вызвана на домашние роды к повторбеременной Г.,28 лет. Роды 4-ые, в сроке 39 недель. Родился ребенок мужского пола без признаков асфиксии.

Объективно : в момент осмотра жалоб не предъявляет. Кожные покровы обычной окраски. АД 120/80 мм.рт.ст. Пульс-84 уд.в мин., ритмичный. Со стороны внутренних органов без патологии. Матка плотная, шаровидной формы, дно матки на уровне пупка. Из половых путей свисает пупочный остаток, на который наложен зажим Кохера. Выделений из половых путей нет.

Задание :

1. Сформулируйте диагноз
2. Тактика

**Ответ к 1 задаче**

1. 3 период срочных родов.
2. Ведение 3 периода родов. (Госпитализация в обсервационное отделение)

**Задача № 2.**

В родильным дом поступила беременная С 21 год с доношенной беременностью и активной родовой деятельностью. Беременность 1, протекала без осложнений. Через 10 часов от начала родовой деятельности родоразрешилась живым доношенным ребенком без асфиксии. В момент прорезывания головки плода , с целью профилактики кровотечения в 3 периоде родов, в/м введен 1 мл окситоцина. Новорожденный отделен от матери.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз
2. Тактика акушерки в данной ситуации

**Ответ ко 2 задаче.**

1. 3- период срочных родов
2. Ведение 3 периода родов(определить признаки отделения последа и кровопотерю в родах)

**Задача № 3.**

Акушерская ФАПА вызвана на домашние роды к повторно –беременной 28 лет. Роды 4-ые, в сроке 38 недель. Через 10 мин. Родился ребенок мужского пола, без признаков асфиксии. В момент осмотра жалоб не предъявляет. АД=120/80 мм. рт. ст., PS=80 уд. Ритмичный. Матка плотная, шаровидной формы, дно матки на уровне пупка. Из половых путей свисает пупочный остаток, на который наложен зажим Кохера. Выделение из половых путей нет.

Задание :

1. Диагноз

2. Тактика

**Ответ к 3 задаче**

1. 3 период срочных родов.

2. Ведение 3 периода родов

**Задача № 4**

В момент рождения последа у роженицы началось кровотечение. Кровопотеря составила 300 мл. Вес женщины – 70 кг

Задание :

1. Оценить кровопотерю.
2. С целью профилактики кровотечения, что необходимо сделать?

**Ответ к 4 задаче**

1. Учитывая вес женщины , физиологической кровопотерей для нее будет 350 мл.( 0,5% от массы тела)

2. С целью профилактики кровотечения вводят внутривенно 1 мл( 5ед) окситоцина на 40 % 20 мл глюкозе или 5 % глюкозе 400 мл

**Задача № 5**

Повторнородящая женщина доставлена в приемное отделение родильного дома с жалобами на схватки потужного характера. Беременность доношенная, роды третьи, предыдущие без осложнений быстрые. Схватки начались 2 часа назад, воды не отошли в машине скорой помощи. Женщину уложили на кушетку, где она сразу же родила доношенного мальчика без защиты промежности. Признаки отделения последа положительные. Послед не отходит. Кровопотеря 50 мл. Ребенок передан педиатру.

Задание :

1. Сформулируйте диагноз
2. Акушерская тактика поведению

**Ответ к 5 задаче**

1. 3 период быстрых срочных родов
2. Ведение 3 периода родов.

**Задача № 6**

Роженица находиться в родзале.

Состояние хорошее, через 5 мин после рождения плода, появилось

желание тужится.

Задание :

1. Какой период родов

2. Перечислите признаки отделения плацента.

**Ответ к 6 задаче**

1. 3- период родов.
2. Ведение 3 периода родов. Альфельда, Кюстнера- Чукалова, Шредера.

**Задача № 7**

В момент рождения последа у роженицы началось кровотечение. Кровопотеря составила 300 мл. Вес женщины – 70 кг

Задание :

1. Оценить кровопотерю.

2. С целью профилактики кровотечения, что необходимо сделать?

**Ответ к 7 задаче**

1. Учитывая вес женщины , физиологической кровопотерей для нее будет 350 мл.( 0,5% от массы тела)
2. С целью профилактики кровотечения вводят внутривенно 1 мл( 5ед) окситоцина на 40 % 20 мл глюкозе или 5 % глюкозе 400 мл

**Задача № 8**

В момент рождения последа у роженицы началось кровотечение. Кровопотеря составила 300 мл. Вес женщины – 80 кг

Задание :

1. Оценить кровопотерю.

2. С целью профилактики кровотечения, что необходимо сделать?

**Ответ к 8 задаче**

1. Учитывая вес женщины, физиологической кровопотерей для нее будет 400 мл. (0,5% от массы тела)

2. С целью профилактики кровотечения вводят внутривенно 1 мл( 5ед) окситоцина на 40 % 20 мл глюкозе или 5 % глюкозе 400 мл

**Задача № 9.**

Первобеременная 25 лет поступила с целыми водами и регулярной родовой деятельностью 30.05.99.в 10.00. Воды не отходили , схватки с пяти часов. Последние месячные 15.08.98.г Шевеление плода 12.01.99 г. Окружность живота 92 см ВДМ -36 см. положение продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Таз 25-28-30-20. Сердцебиение плода ясное ритмичное 130 уд в мин.

PV: шейка сглажена, края зева тонкие, раскрытие 5 см. плодный пузырь цел, головка прижата , стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Мыс не достижим.

Задание :

1. Диагноз
2. Тактика акушерки

**Ответ к 9 задаче**

1. Первый период срочных родов(39-40нед.) Продольное положение

Первая позиция.

1. Наблюдать за родовой деятельностью, сердцебиением плода, продвижением предлежащей части плода, ( вести первый период родов)

**Задача № 10**

Повторнобеременная, первородящая, 30 лет. беременность 36 недель. Поступила 3.07 в 18.00 с родовой деятельностью с 14 час и отошедшими в 12.00 водами. Таз 26-29-31-20. ОЖ -86 см, ВДМ- 32см. Вес-74 кг,рост-165 см. Предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное, 130 уд в 1 мин.

PV: шейка сглажена, края зева мягкие, раскрытие 2 см. Плодного пузыря нет, головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева. Мыс недостижим. Экзостозов нет.

Задание :

1. Диагноз
2. Тактика .

**Ответ к 10 задаче**

1. Первый период преждевременных родов, преждевременное излитие околоплодных вод.
2. Следить за родовой деятельностью, провести профилактику внутриутробной гипоксии плода и вести 1 период родов.

**Задача № 11**

В приемном блоке первородящая, 21 год, потуги через 1-2 мин по 40 сек. головка плода врезывается.

Задание :

1. Диагноз
2. Тактика

**Ответ к 11 задаче**

1. 2 период родов
2. Следим за родовой деятельностью, сердцебиением плода, оказываем пособие по « защите промежности», потом производим туалет новорожденного

**Эталоны ответов**

**1-вариант**

**1.в**

**2. а**

**3.а**

**4.б**

**5.а**

**6.г**

**7.а**

**8.а**

**9.г**

**10.г**

**2-вариант**

**1-а**

**2-б**

**3-в**

**4-а**

**5-а**

**6-а**

**7-б**

**8-а**

**9-в**

**10-а**

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

Республики Дагестан «Дербентский медицинский колледж

имени Г.А. Илизарова»

**Рабочая тетрадь**

**По предмету «Акушерство»**

**Для специальности «Акушерское дело»**

**на тему:**

**« Физиологические роды. Ведение последового периода»**

ФИО студента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Преподаватель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дербент 2020

1. **Дайте определение**

Послед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Геморрагия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3 период родов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Родовой канал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Децидуальная оболочка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Признак Альфельда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Признак Кюстнера- Чукалова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Заполните схему «Признаки отделения плаценты»**

**Дайте устное пояснение каждому из них.**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Выполните тестовые задания (обведите кружком правильные ответы):**
2. **Третий период родов – это период от :**

А) полного раскрытия шейки матки до изгнания плода

Б) начала регулярных схваток до рождения последа

В) момента рождения плода до изгнания последа

1. **Последовый период ведется:**

А) активно – выжидательно

Б) выжидательно

В) необходимо следить за наружным кровотечением

1. **Последовательность профилактики кровотечения в родах:**

А) внутривенное введение сокращающих средств

Б) катетеризация мочевого пузыря

В) холод и груз на живот

1. **Величина допустимой кровопотери в родах составляет:**

А) 2%

Б) 0,3%

В) 0,5%

Г) 5% от массы роженицы

1. **Через 5 мин после рождения последа появились кровянистые** выделения, признаки отделения последа положительные. Диагноз :

А) 3 период родов, частичное приращение последа

Б) 3 период родов, физиологическое течение

В) 3 период родов, истинное приращение последа

1. **Удлинение наружного отрезка пуповины на 10 см в последовом** периоде – это признак:

А) Шредера

Б) Альфельда

В) Штрассмана

1. **Для определения признака отделения последа по Кюстнеру- Чукалову следует:**

А) надавить на надлобковую область

Б) надавить на дно матки

В) попросить потужиться

1. **При наличии признаков отделения последа:**

А) предлагают потужиться

Б) потягивают за пуповину

В) производят ручное обследование матки

1. **Найти соответствие: Признаки отделения последа:**

А) Шредера 1. При поколачивании пальцем по дну матки

пульсация на пуповину не передается

Б) Штрассмана 2. Удлинение наружного отрезка пуповины

В) Клейна 3. При потуге пуповина не втягивается

Г) Кюстнера – Чукалова 4. При надавливании над лоном ребром

ладони пуповина втягивается

1. **Найти соответствие: Способы выделения последа:**

А) Абуладзе 1. Выжимание последа кулаками в области

трубных углов матки

Б) Гентера 2. Выжимание кистью руки

В) Креде-Лазаревича 3. Собирание передней брюшной стенки в

продольную складку

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1- | 2- | 3- | 4- | 5- |
| 6- | 7- | 8- | 9- | 10- |

1. **Решите ситуационную задачу:**

**Задача № 1.**

Роды на дому, вызвана бригада скорой помощи, прошло 30 минут, послед не отошел. Состояние роженицы хорошее. Выделения из влагалища кровянистые в небольшом количестве. Признаки отделения последа есть.

Диагноз. Тактика акушерки.

**5. Укажите последовательность действий акушерки при выделении последа по Креде – Лазаревичу:**

|  |
| --- |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

**Список литературы**

**Основная:**

1.Бодяжина В. И., Жмакин К. Н. Акушерство, М., Медицина,2016. стр. 297–317.

2. Савельева Г.Н. Акушерство / Учебник для медицинских вузов, 2018г.

3. Айламазян Э.К. Акушерство. Учебник для медицинских вузов, Санкт –Петербург СпецЛит 2017г.

**Дополнительная:**

1. Абрамченко, В.В. Активное ведение родов: Руководство для врачей.-2-е изд., испр./В.В. Абрамченко.-СПб.:Спец. лит., 2015.-664 с.

2. Акушерство и гинекология: Учебник/Ч. Бекманн, Ф. Линг, Б. Баржански и др./Пер. с англ.-М.:Мед. лит.,2018.-548 с.

3. Айламазян, Э.К. – Акушерство: Учебник для мед.вузов / авт.текста Э. К. Айламазян. – 5-е изд.,доп. – Санкт-Петербург: Спец.лит., 2017. – 527 с.: ил., твердый (Учебник для медицинских вузов)

4. Дуда В.И., Дуда В.И., Дражина О.Г. Акушерство: Учебник.-Минск: Высш. шк.; ООО «Интерпрессервис»,2018.- 463 с.

5. Жиляев, Н.И. Акушерство: Фантомный курс/Н.И. Жиляев, Н. Жиляев, В. Сопель.-Киев: Книга плюс, 2017.- 236 с.

6. Клинические лекции по акушерству и гинекологии: Учебное пособие / ред. А.И. Давыдов и Л. Д. Белоцерковцева ; Ред. А. Н. Стрижаков. – Москва : Медицина, 2018. – 621 с.

7. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : Учебное пособие / Ред. Г.М. Савельева. – Москва: ООО "Мед.информ.агентство", 2017. – 720 с.

8. Трифонова, Е.В. Акушерство и гинекология: Учеб. пособ./Е.В. Трифонова.-М.:ВЛАДОС-ПРЕСС,2018 .- 175 с.-(Конспекты лекции для мед. вузов)

**Глоссарий**

Аборт - искусственное или самопроизвольное прерывание беременности в первые 28 недель. Ранний аборт - в течение первых 14-15 недель, поздний аборт в сроки 16-28 недель.

Акушер-гинеколог - врач, специализирующийся на лечении женских болезней и ведении беременности.

Амниоцентез - диагностическая процедура: аспирация околоплодных вод в первые 3-4 месяца беременности для диагностики генетических аномалий.

Анамнез - совокупность сведений о развитии болезни, условиях жизни, перенесенных заболеваниях и др., собираемых в целях использования для диагноза, прогноза, лечения и профилактики.

Влагалище - половой орган женщины. Представляет собой эластичную мышечную трубку 7-10 см в длину, верхним концом обхватывающую шейку матки, а нижним открывающуюся в половую щель. Изнутри покрыто слизистой оболочкой.

Гипертонус матки - повышенный тонус матки. Во время беременности свидетельствует об угрозе невынашивания.

Имплантация - прикрепление эмбриона к слизистой оболочке матки, происходящее, как правило, через 5-7 дней после оплодотворения.

Матка - внутренний орган женской половой системы размерами 4x6x5 см, расположенный в полости малого таза, стенки которого состоят из гладких мышц. Полость матки выстлана слизистой оболочкой. В матке происходит развитие зародыша из оплодотворенной яйцеклетки.

Маточные трубы (фаллопиевы трубы) - трубчатые образования (внутренний диаметр около 0,3 мм, длина 12-15 см), соединяющие матку с яичниками. В трубе происходит оплодотворение зрелой яйцеклетки. Устарелое название - фаллопиевы трубы.

Многоплодная беременность - беременность, приводящая к рождению более чем одного ребенка.

Плодный пузырь - заполненный жидкостью мешок, в котором развивается плод, видимый при ультразвуковом исследовании.

Ультразвук (УЗИ) - использование высокочастотных звуковых волн для получения представления о внутренних органах.

Хорионический гонадотропин человека (ХГЧ) - белковый гормон, продуцируемый в ранние сроки беременности, косвенно способствует выработке желтым телом прогестерона, необходимого для поддержания беременности. Может быть введен для стимуляции овуляции и продукции прогестерона в виде медицинского препарата. Повышенное содержание в крови (ХГЧ) свидетельствует о беременности.

Хромосомы - структурные элементы ядра клетки, содержащие ДНК, носители наследственной информации.

Цервикальная (истмико-цервикальная) недостаточность - неспособность шейки оставаться закрытой на протяжении всей беременности.

Цервикальная слизь - слизь шейки матки, способствующая продвижению сперматозоида.

Цервикальный канал - шеечный канал матки.

Шейка матки - нижняя часть матки, находящаяся в глубине влагалища.

Эмбрион (зародыш) - стадия развития организма от оплодотворения до завершения формирования основных систем органов. У человека до 12-й недели беременности.

Эндометрий - слизистая оболочка матки.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1**



**ПРИЛОЖЕНИЕ 2**

****

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3**

****

**Цель: определить совокупность признаков отделения плаценты от стенки матки при физиологическом способе ведения третьего периода родов.**

1. О**пределите признак Шредера.**

После отделения плаценты матка уплощается, дно её поднимается выше пупка и отклоняется вправо. Нередко над лоном возникает выпячивание (опустившаяся плацента). Матка приобретает форму песочных часов.

1. **Определите признак Кюстнера-Чукалова.**

При надавливании краем ладони над лобком пуповина, свисающая из половой щели, при неотделившейся плаценте втягивается во влагалище. Если плацента отделилась от стенки матки, пуповина остаётся неподвижной.

1. **Определите признак Альфельда.**

Лигатура, наложенная на пуповину у половой щели, при отделившейся плаценте опускается на 8-10 см и более.

1. **Определите признак Штрассмана.**

Поколотите по дну матки ребром ладони. При не отделившейся плаценте поколачивание по дну матки передаётся 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.

1. **Определите признак Довженко.**

Предложите роженице глубоко дышать. Если при вдохе пуповина не втягивается во влагалище, то плацента отделилась от стенки матки.

1. **Определите признак Клейна.**

Предложите роженице потужиться. Если плацента отделилась от стенки матки, после прекращения потуги пуповина остаётся на месте. Если плацента не отделилась, то она втягивается во влагалище.

1. **Определите признак Микулича-Радецкого.**

После отслойки плаценты послед может опуститься во влагалище и роженица ощущает позыв на потугу.

**Выделение отделившегося последа наружными приемами**

**Цель:**

Выделение отделившегося последа, если он не рождается самостоятельно.

Ресурсы: оснащение родильного зала, мочевой катетер, почкообразный лоток; одноразовые перчатки.

**Алгоритм действия:**

**1. Способ Абуладзе:**

• выведите мочу катетером;

• переднюю брюшную стенку захватите обеими руками в продольную складку так, чтобы обе прямые мышцы живота были плотно охвачены пальцами;

• предложите роженице потужиться.

**2. Способ Гентера:**

• встаньте рядом с роженицей;

• обе руки, сжатые в кулаки, тыльной поверхностью фаланг положите на дно матки в области трубных углов;

• надавливая на дно матки, постепенно увеличивайте силу этого давления до рождения последа.

**3. Способ Креде – Лазаревича:**

• приведите матку в срединное положение;

• сделайте легкий наружный массаж ее дна;

• обхватите матку правой рукой так, чтобы большой палец лежал на передней поверхности матки, а ладонь на дне матки, четыре остальных пальца поместите на задней поверхности матки;

• движениями сверху вниз надавите на матку и добейтесь рождения последа.

**Цель исследования: оценка состояния последа.**

Ресурсы: поднос, функциональный столик, салфетка, весы, сантиметровая лента, одноразовые перчатки.

**Алгоритм действия:**

1. Послед уложите на гладкую поверхность (поднос) материнской стороной вверх, осушите салфеткой и приступите к осмотру:

• с материнской стороны должны быть целы все дольки, поверхность должна быть гладкой, блестящей, серо – синего цвета;

• обратите внимание на края плаценты, на изменения ткани: наличие обызвествления, жировые перерождения, старые сгустки крови.

2. Поднимите послед за пуповину, расправьте оболочки, убедитесь в целостности оболочек, уточните место их разрыва и размеры разрыва.

3. Последовательно осмотрите пуповину, плодовую поверхность плаценты, ход сосудов, не переходят ли они на оболочки и нет ли добавочных долек.

4. Плаценту после осмотра измерьте и взвесьте.

5. Данные осмотра занесите в историю родов.

**Алгоритм действия.**

**Измерение кровопотери в родах**

Цель: определение объема кровопотери.

Ресурсы: градуированный сосуд, лоток, весы, пеленки, перчатки.

1. В третьем периоде родов под тазовый конец роженицы подложите лоток и в него опустите конец пуповины (лоток подкладывается для собирания в него крови).

2. Кровь из лотка перелейте в градуированный сосуд, определите объем кровопотери.

3. Взвесьте пеленки, пропитанные кровью, отнимите массу сухих пеленок.

4. Определите процент потерянной крови от массы тела роженицы перед родами. Физиологической считается кровопотеря 0,5% от массы тела.

5. Суммарный объем кровопотери в родах запишите в историю родов.

**Алгоритм измерения артериального давления**

Цель: оценка состояния сердечно - сосудистой системы и общего состояния пациента

Показания: контроль за состоянием пациента

Противопоказания: нет

Подготовка пациента:

· психологическая подготовка пациента

· объяснить пациенту смысл манипуляции

Алгоритм действий:

1. Усадить или уложить пациента в зависимости от его состояния

2. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца

3. Подложить валик или кулак под локоть пациента

4. Наложить манжету тонометра на плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба (между манжеткой и рукой пациента должен свободно проходить палец)

5. Найти пальпаторно на локтевой аптерии пульсацию, приложить фонендоскоп

6. Соединить манжету с тонометром

7. Нагнетать постепенно воздух баллоном до исчезновения пульсации +20-30 мм ртутного столба сверх того

8. С помощью вентиля баллона снижать постепенно движение в манжетке, приоткрыв вентиль большим и указательным пальцами правой руки против часовой стрелки

9. Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона - это систолическое давление

10. Отметить по шкале на тонометре прекращение последнего громкого тона, при постепенном снижении давления - это диастолическое давление.

11. Для получения точных результатов измерить давление 3 раза на разных руках

12. Взять минимальное значение А\Д и записать данные в лист динамического наблюдения

Примечание

В норме у здоровых людей цифры А\Д зависят от возраста

В норме систолическое давление колеблется от 90 мл рт. столба до 149 мл. рт. столба

Диастолическое давление от 60 мл рт. столба до 85 мл рт

Гипертензия - это повышенное А\Д

Гипотензия - это пониженное А\Д

**Катетеризация мочевого пузыря у женщин мягким катетером.**

Алгоритм выполнения процедуры:

1. Подложить под больную клеёнку, сверху неё постелить пелёнку.

2. Попросить женщину принять положение лёжа (на столе, кушетке, кровати

и пр.), ноги согнуть в коленях, развести бёдра и упереть ступни в матрас.

3. Между ногами поставить ёмкость для мочи.

4. Подготовиться к процедуре (тщательно вымыть руки с мылом тёплой

проточной водой, надеть стерильные перчатки).

5. Большим и указательным пальцами левой руки раздвинуть половые губы,

чтобы обнажить наружное отверстие мочеиспускательного канала.

6. Правой рукой, взяв корнцангом марлевый тампон, смочить его в

антисептическом растворе и обработать им область между малыми половыми

губами в направлении сверху вниз.

7. Нанести на конец («клюв») катетера стерильное вазелиновое масло (для

облегчения введения катетера и минимизации неприятных ощущений больной).

8. Правой рукой взять стерильным пинцетом катетер на расстоянии 7-8 см

от его конца («клюва»).

9. Вновь раздвинуть левой рукой половые губы; правой рукой осторожно

ввести катетер в мочеиспускательный канал на глубину 4-5 см до появления

мочи.

10. Опустить свободный конец катетера в ёмкость для сбора мочи.

11. По окончании процедуры (когда сила струи мочи начинает значительно

ослабевать) осторожно извлечь катетер из мочеиспускательного канала. Катетер

следует извлечь ещё до полного опорожнения мочевого пузыря, чтобы

оставшаяся моча промыла мочеиспускательный канал.

12. Поместить катетер (если использовался многоразовый набор для

катетеризации) в ёмкость с дезинфицирующим раствором.

13. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б», вымыть руки.